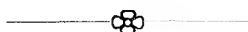


КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Орган медицинских обществ г. Казани.



Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей
Медицинского Факультета Казанского Университета и Казанского
Клинического Института.

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

Соредакторы профф. В. М. Аристовский и Р. А. Лурия.

1924 г.

(Год издания XX).

№ 2.

Февраль.

КАЗАНЬ.

Отдел I. Оригинальные статьи.

К вопросу о воплощении материнских впечатлений на зародыше.

Д-ра П. П. Под'япольского.

(с 3 рис. на отд. таблице).

(Доложено в Обществе Психологии, Неврологии и Психопатологии в Саратове).

Das Wissen hat keine andere Grenze,
als das Nichtwissen.

R. Virchow.

Одним из поразительных примеров влияний духа на тело будут те органические *stigmata*, которые вызываются словесным внушением в гипнозе. Раз до шести приходилось мне самому получать красноту и пузыри в таких случаях *), и этот опыт повторил успешно мой ученик, д-р Д. А. Смирнов в Москве (1—7). Процесс протекал на глазах присутствующих свидетелей в течение несколько часов. Созревание пузырей проходило обычные стадии ожогов 2-й степени, т. е. имелся налицо весь комплекс клинических симптомов воспаления.

Четыре кардинальных признака воспаления установлены были еще за 30 лет до Р. Х. Celsus'ом: *rubor, tumor, calor* и *dolor* (краснота, опухоль, жар и боль). Galenos прибавил к ним 5-й — *functio laesa* (расстройство функции). Все эти признаки проходили перед нами. Отсутствовала реальная болезнетворная причина с ее действием на ткань, она была мнимая, — но реакция ткани на эту мнимую причину была реальна. Все экспериментируемые предварительно испытывали когданибудь на самом деле ожоги с последующими пузырями, — *условие решительно неперемное* для успеха искусственного воспроизведения явления, которое таким образом следует отнести к группе условных рефлексов И. П. Павлова. Эта серия необычных явлений свидетельствует об удивительной власти духа над телом *в пределах личности*.

Но, наряду с этой группой явлений, не намечается ли другая, аналогичная группа, — влияний духа на тело *за пределами личности*, в потомстве (последственность)? Это — родинки и уродства плода, которые отвечают зрительным и осязательным впечатлениям (пред-

*) Первый опыт сделан 25 лет назад (в 1898 году).

ставлениям) родителей,—чаще матери,—во время беременности, воспринятым внезапно в эмотивный момент (8—11).

Первая группа (мнимые ожоги, горчичники, мушки) подлежит нашему эксперименту, при изучении же второй группы последний, по понятным причинам, весьма затруднителен. Но здесь и прямое хорошее наблюдение *ex natura* вполне сохраняет свое значение и цену. Сошлюсь на свой доклад в научном заседании Совета Саратовского Общества Естествоиспытателей в марте 1902 г. (9).

Не приходится говорить о случайности там, где факты гласят о значительном вероятии. В этой и следующих моих статьях собственных наблюдений приведено мною 14. Эмоция тут всегда—непременный член, обязательное звено в стереотипной картине материнского впечатления. Аналогии с гипнотической процедурой могут быть проводимы очень далеко и глубоко. Необходимо известное состояние сознания и внесение в это время представления (внушения). Даже прикосновение, которому гипнологи придают такую цену, комбинируя его со словесным внушением *in loco dolente*, этот „курсив“ ко внушению,—оценивается и народным поверьем: беременная при испуге не должна хвататься за лицо, чтобы тут не проявился знак у ребенка. Редкость не есть еще опровержение явления. Она может означать только,—что комбинация пужных, оптимальных условий, в которых явление способно осуществиться, статистически выполняема нечасто. „Мгновенный сомнамбулизм“ при умелой гипнотической технике может быть сразу получен у гипнотика - новичка процентах в 17 (12). Но из числа поражаемых внезапной и резкой эмоцией не все будут женщины, не все беременные, не все травмируются в подходящий момент плодообразования, не все „мгновенные сомнамбулы“ и, наконец, не все еще попадают в учет наблюдателя. Все это крайне понижает процент регистрируемых случаев. Не оттого-ли и „редкость“ явлений?

Таким образом воплотившая впечатление мать, по нашему, должна оказаться *миновенной сомнамбулой* при гипнотической пробе *post factum*. Но, раз эмоция—обязательный элемент в возникновении явлений, то эмотивные эпохи войн и революций приобретают для нас особенное значение, обещая урожайность и жатву искомым явлениям. На нас, современниках, лежит долг и обязанность не упустить случая ради нелицеприятной проверки и всестороннего исследования. Прежде всего необходимы коллектирование фактов путем анкет и приложение биометрического способа математической статистики, не исключая и других возможных методов (10, 11).

Сила слова у человека, благодаря обычному орудию его,—членораздельной речи,—легко демонстрируется. Но не только сло-

вом и тоном передается внушение. Могут быть даваемы невольно слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, осязательные сигналы. Можно внушением подвергать извращению любое чувство: запретить видеть то, что перед глазами, не слышать звука, вызвать боль, где ее нет, утратить, где она есть, наконец, получить этот максимум наших влияний духа на тело — отщепление эпидермиса чрез накопление жидкого выпота, вызывая пузырь от мнимого ожога путем гипнотического внушения. Эти прямые влияния духа на тело свидетельствуют об огромной власти, какую имеет мозг над всеми жизненными функциями, над телом. Отсюда значение этих явлений, как фактора биологического. Наши биологические доктрины, напр., классическая доктрина Darwin-Wallas'a, прошли вне принятия во внимание психического фактора (условной рефлексологии); а он должен же был действовать и влиять при образовании индивидуумов и видов, доставляя жатву естественному отбору (селекции) (8—11).

Из значительной коллекции моих фактов приведу небольшое число для иллюстрации.

I. Случай с г-й Л. (зарегистрирован X/30 1909*). Мать, будучи беременной, шла ночью через площадь в Саратове, где вдруг на плечи ей прыгнула белая большая собака, ткнула мордой и лизнула в правую щеку. Женщина вздрогнула от внезапности и резко восприняла правой щекой неожиданное прикосновение мохнатой морды и противного мокрого языка. Впечатление было однократное и внезапное, зрительное и осязательное — сразу. Испуг был невелик. Мать тут же подумала о возможном вреде для ребенка и воздержалась схватиться за щеку. Но прикосновение было уже сделано мордой... Г-ке Л. было тогда 26 лет, беременна она была на VIII месяце, во второй раз. Роды произошли 13/II 1887 г. У новорожденного (цитирую по письму матери) на правой щеке, ближе к носу, оказалось слегка-темноватое пятно, покрытое очень светлыми, тоненькими, коротенькими волосиками. Пятно со временем все темнело, стало коричневым, темнели и волосики. Теперь (1909 г.) волосы темнорусого цвета. длинной более вершка, и под ними коричневое поле (рис. 1). Изрека и за время беременности матери приходили на ум опасения за ребенка. Мать — очень впечатлительная, нервная, особенно после перенесенной ею операции. У высоко внушаемых (легко травмируемых) субъектов оперативная травма дает особенно много шансов ожидать „мгновенного сомнамбулизма“. Г-на Л. охотно согласилась на гипнотическую пробу; к сожалению, ей пришлось вскоре переехать в Воронеж, и таким образом проверить высокую внушаемость у нее оказалось для меня невозможным. Ко времени записи случая в 1909 году ей было 48 л. Она и муж патены, она

*) Недавние сведения (1922) о семье Л. имелись от д-ра В. И. Шига-новича из Воронежа (Больница Ю.-В. ж. д.).

потемнее мужа. У сына волосы головы темнорусые. Родимых пятен нет ни у ее старшей дочери, ни у нее самой, ни у мужа. Сын,—питомец Московского университета,—теперь врач.

II. Случай с г-й А. (зарегистрирован 16/V 1915). Г-н Ш., 23 лет, московский фабрикант мебели, пострадавший политически в 1905 г., 14 месяцев сидел в тюрьме. Замужняя сестра его А. навещала его еженедельно в известный день. Ей было 25 лет, и она была беременна первым ребенком на VI месяце. В очередной день, дня за 2 до ожидаемого освобождения брата,—о котором и он, и она знали,—она вдруг узнает в тюрьме о скоростижной кончине брата. Полная радостных помыслов о свидании, скором освобождении, она так далека о мысли о вечной разлуке, что не может ее осознать... Но ее подводят к братнину труп. Ее поражает на левой скуле мертвеца под глазом злоеший черный синяк в виде овала с выемкой, обращенной к уху (рис. 2) „Не били-ли“?. Она лишается чувств тут же. К покойному когда-то приглашаем был проф. В. П. Сербский, который и диагностировал у него *rapapom originaiam*. Сестре объясняют, что с братом случился припадок буйства, он выбил окно и осколком стекла перехватил себе горло. Падая, он ударился об угол стола и нанес себе этот синяк. Это было 13/II 1906 г., а в мае у г-и А. рождается девочка Вера. Ей теперь (1915 г.) 9 лет. На той же левой щеке под глазом у новорожденной оказалось темное пятно, цвета черно-коричневого бархата, формы карточного сердца, точно валепленное на щеку (рис. 3). Выемкой оно было обращено не к уху, как у покойного, а к глазу. Ошибка запоминания, или ошибка воспроизведения? Реакция на впечатление?.. У всех родных и знакомых, видевших Ш. в гробу, пятно маленькой Верочки вызывало невольную аналогию с дядиним. Ни у отца, ни у матери, ни у дедов и бабушек, вообще в роду у Верочки подобных родимых пятен не было. После Верочки у А. было еще 2 ребенка (сына), причем у следующего за Верочкой брата есть крохотная темно-бархатистая родинка, словно осколочек, брызга, отголосок того, что у Верочки.

Как ни толковать эти факты,—с ними прежде всего надо считаться. Для кожных феноменов сравнительно поздние сроки беременности (VIII месяцев в I случае и VI во II), когда постигло матерей впечатление, не должны казаться препятствием к установлению зависимости явлений по условиям эмбрионального срока развития. Кожные феномены, вызываемые гипнотическим внушением (в пределах личности), созревают в несколько часов (12, 7, 3, даже меньше).

Не буду распространяться о случаях рождения безруких, безногих уродов, матери которых во время беременности присутствовали при казнях (напр., четвертовании, колесовании), причем соматический дефект отвечал местам отсечения членов казненных (*Malbranche, Lavater*). При оценке подобных случаев указание срока беременности особенно важно. Приведу еще один из своих

случаев, минуя многие интересные, не говоря о литературном материале, которым я располагаю.

III. Люба Горохова, 3 лет, из с. Чердыма, Саратовск. губ. и уезда. Привела ее мать (Авдотья) 7/II 1907 г., прислала учительница Е. А. Леднева. У девочки природная колобома радужной и хориоидальной оболочек обоих глаз, по диагнозу специалиста, д-ра Н. И. Максимова. Глаза карие. Таких „кошачьих глаз“ мать у людей никогда не видела, и в роду их не было. Будучи беременной, она днем уснула в снях, как вдруг проснулась от внезапного мягкого толчка в грудь. Вздрыгнула, видит, — в нее впились и горят в полумраке два каких-то кошачьих глаза... Кошка и есть, — их кошка спрыгнула с палатей и попала ей на грудь... Девочка — 1-й ребенок. Беременность была вначале (на II месяце). Через год родился мальчик, живший 8 дней, а года через 2 другой мальчик, живший 7 месяцев; оба умерли от поноса; глаза у них были правильные.

Coloboma в данном случае не стояла ни в какой связи с другими пороками развития (заячья губа, волчья пасть и др. признаки вырождения) и с этой стороны должна считаться simplex. Простираясь через весь annulus minor iridis и через сосудистую оболочку, она заходила далеко к периферии. Таким образом случай этот может быть определен, как *iridoschisma seu coloboma iridis et chorioideae congenitum simplex bilaterale*.

Глазные пузыри у человеческого зародыша являются, как laterальные выросты переднего мозга, уже на 15 й день. Хрусталик у 3-недельного зародыша представляет еще открытую ямку, у 4-недельного отверстие ямки замыкается, и полость хрусталика выполняется удлинением клеток, образующих его внутреннюю стенку. В chorioidea, богатом сосудами слое, пигмент показывается в конце II месяца. Происхождение колобомы (щель) радужной оболочки приписывают неполному замыканию глазной хориоидальной зародышевой щели (простой случай остановки развития). Хориоидальная расщелина нормально замыкается на VII неделе. Срок восприятия материнского впечатления не позже VII недели не противоречит, таким образом, допущению причинной зависимости явлений.

Влияние душевных волнений на движение радужки выражается при ужасе сильным расширением зрачков. Gratiolet считает это за самый характерный признак ужаса. Кстати скажу, дочь моя, врач, умеет вызывать одновременное расширение обоих зрачков, представляя себе нечто страшное и подражая тому, как детям делают страшные глаза. Это — некоторое физическое напряжение глазами, довольно сильное, несколько неприятное, вызывающее утомление глаз, всматривание.

IV. 8/XI 1920. Фельдшерша А. М. Петрунина лет 9 назад, когда она была на первом—втором курсе фельдшерской школы, сидя вечером за столом, погрузилась в изучение анатомии сосудов и нервов, как вдруг почувствовала у себя какую-то пульсацию в области печени (которую она недавно тщательно изучала). Машинально она сунула руку за платье к месту пульсации и там схватила что-то мягкое, округлое и живое. Оттуда вышмыгнула на пол мышь и побежала. А. М. вскрикнула от испуга... После у ней нередко возникала пульсация в правом боку в этом месте, когда П. задумывалась за столом, или на ходу, и повторялись приступы отчетливой пульсации лет около 7, пока примененный мною однократный гипноз не избавил больную от этого своеобразного травматического невроза. Здесь реакция на впечатление, условный рефлекс—вне сомнений. Условным торможением он был погашен.

Фельдшерша—девушка, и о передаче материнского впечатления зародышу речи здесь нет, но случай освещает одну половину явлений,—как вазомоторная реакция может возникать у матери, могущей быть в известном положении. *Modus operandi* у *foetus in utero*, в свою очередь, остается делом особым.

Таковы факты. В Саратовском Обществе Естествоиспытателей когда-то я сближал две серии реакций, или явлений запечатлеваемости (внушаемости): в пределах и за пределами личности, память и наследственность, видя в них более, чем одну аналогию, вернее—общую модель. В наследственности, как и в памяти, разве не наблюдаем мы „забвений“ и „воспоминаний“? Вот она, минуя родителей и дедов, воспроизводит известный признак прадеда, не прабабушки, в другой раз—сходство с прапрабабушкой... „Ампезия“ и „воспоминание“?.. И что же тут удивительного? Разве это не проявления одного и того же субстрата, живой протоплазмы? Это она тут и там показывает нам свои свойства (запечатлеваемость восприятий, способных интерферировать и затухать). „Впечатление, полученное извне, задерживается в живой протоплазме, как некий заряд, способный разрядиться через известный срок: крайне малый (рефлекс), более или менее продолжительный (акт, сохраняемый подсознательной памятью) и крайне большой, проявляемый за пределами индивидуума (как наследственность—память предков)*). Механизм явлений и объем неизвестны. Моя аналогия с „царапинами фонограммы“ отнюдь не предполагает здесь на самом деле грубых следов или отпечатков **). Пусть это—ферменты, гормоны с их серией неизбежных взаимовлияний и цепью последовательных реакций; это, во всяком случае, — вещиности и реальности. Эмотивный толчок (*Auslösungskraft*) лишь нарушает равновесие, сбрасывая прочь с

*) Цитата из моей работы, Тр. С.О.Е., IV, вып. 2, 1903—1904, стр. 279.

**) Там же, стр. 276 и 289.

крючка первое звено (кольцо) цепи, а затем звено за звеном раз-
вертывается последовательная цепь дальнейших реакций.

Сближая память и наследственность, я аналогизировал их, в 1902 г., с фонограммами. Richard Semon позднее (в 1904 г.) в своей „Mneme“ проводит подобные же аналогии, называя такие следы „энграммами“. Morton Prinze еще позднее называет их „неврограммами“. Замечательно, что перед нами не только одна модель, преследующая одинаковый внутренний смысл, но и почти одинаковое внешнее (словесное) выражение. Отправляясь назад через Hering'a (1870) и других предшественников, мы в *plusquam-perfectum* дойдем до Платона (его „теория следов“), с аналогией памяти с отпечатками перстня—печати на пластическом материале (воск) в его „Θεετете“.

„В высшей жизни вероятно—говорит И. П. Павлов (27),— что новые возникающие рефлексы, при сохранении одних и тех же условий жизни в ряде последовательных поколений, непрерывно переходят в постоянные“. Именно о возможности глубокой, особой ущемляемости впечатлений, проводимых чрез латентное (эмбриональное) состояние, здесь и идет речь.

Теперь, наряду с нервной связью, говорят о гуморальной связи между органами и клетками организма, о „химических рефлексах“ (термин Starling'a, 13) наряду с нервными рефлексами,—и нас не смутит уже отсутствие нервной связи зародыша с матерью, которое казалось непреодолимым препятствием к допущению фактов воплощения материнского впечатления прежде. Не странно-ли, что это же отсутствие нервной связи не препятствовало, в то же время, принятию факта нормальной физиологической наследственности?.. *Modus operandi* неизвестен... Значит-ли, что факт подлежит отрицанию? *Modus operandi* землетрясения также ведь неизвестен, но кто же отрицает землетрясения? Потрясения материнского организма от психо-травматического невроза, с последствиями на зародыше, не заслуживают-ли лучшей участи и внимания, кроме голого отрицания? Наследование любой морфологической особенности, повадки, привычки,—разве это не настоящий „*crux et scandalum*“ натуралистов? Правда, именно в этой области сейчас очень многое достигается... Допущение „психогенной“ наследственности (наряду с соматической) несколько не загадочнее обычных ее форм. Психический толчок—одинаково реален, как и физический толчок. „Гормональные влияния на идиоплазму не подлежат сомнению. Они координируют и направляют эволюцию зародыша. Начинаясь с первым клеточным делением зародыша химическим процессам необходимо приписать весьма важную роль в определении функциональных и морфологи-

ческих свойств будущего организма“ (А. А. Богомолец). В цепи взаимовлияний, протекающих в организме, психогенный момент является равноправным членом, входит звеном, нарушение которого отражается непременно на тесно связанных с ним химических и физических звеньях всей цепи. Не парадокс—выражение, что „психика влияет на химию и физику“ (и обратно). Нарушение правильных соотношений биохимических реакций создает ряд отклонений от нормального формирования *foetus in utero*. Общеизвестно влияние психики на слюнные железы и отделение „психической слюны“ определенного качества и количества и разнообразные ответные реакции (условные рефлексы) на разнообразные раздражители в знаменитых опытах акад. И. П. Павлова. Укажу влияние психики вообще на гладкую мускулатуру, на терморегуляцию („психогенная“ гипертермия), на группу вазомоторных явлений, вроде внушаемых пузырей от мнимых ожогов, на психогенную метроррагию и ее гипнотическую отмену (случаи из нашей собственной практики) и т. д.

Во все времена и у всех народов существовало поверье о возможности „воплощения“ материнских впечатлений на зачишающемся в утробе матери организме. Отмечали подобные факты и многие ученые, почтенные и умелые наблюдатели, тогда как другие, не менее известные, скептически относились к подобным фактам. Отрицание и скептицизм как раз базировались на „неизвестности *modus'a operandi*“ и на „отсутствии нервной связи у зародыша с матерью“.

Не думаем исчерпывать авторов и литературу: Avicenna (Ibn Sina), Renard, Erasm Darwin (отец знаменитого ученого), еще раньше—Гиппократ, Гален, Stahl(15), Leibniz, Geoffroy-Saint-Hilaire(25), Montaigne, Malebranche, Fordice, Prosper Lucas(16), Montgomery, Rokitansky, Carpenter, отец эмбриологии Фон-Бэр, Liébeault (19), Th. Ribot(18), Hack Tuke (20), Ballantyne (14), Neugebauer, Львов, зоолог Брандт (22) и многие другие—были за, Buffon, Blondel и др. (17,21—26) *против*. Burdach (23), был скорее „за“, чем „против“: он приводит богатейший материал примеров. Удивляться-ли, что имя знаменитого гуморального патолога Rokitansky стоит в числе защитников именно *pro*, а не *contra*?

„Оплодотворенный зародыш одного из высших животных, подверженный целому ряду перемен из зародышевой клетки до старого возраста, непрерывно волнуемый тем, что Quatrefages называет так жетко *tourbillon vitale* (вихрь жизни), есть, может быть, один из удивительнейших предметов в природе. Весьма вероятно, что едва-ли

какое-либо изменение может касаться одного из родителей, не оставив известного отпечатка на зародыше... Кроме видимых перемен, которым он подвержен, мы должны предположить, что он наполнен невидимыми признаками, свойственными обоим полам, обоим сторонам тела и целому длинному ряду мужских и женских предков, разделенных сотнями и даже тысячами поколений от настоящего времени; и все эти признаки, точно письма, писанные на бумаге невидимыми чернилами, лежат, будучи готовы обнаружиться под влиянием некоторых известных или неизвестных условий" (Darwin).

Montaigne восклицает: „Что за диво эта капля семени, из которой мы исходим, и которая содержит в себе впечатления не только телесной формы, но и мыслей и склонностей наших отцов“.

Carpenter сравнивает наследственную передачу скрытых признаков и функций со скрытым изображением непроявленной фотографической пластинки.

Образным языком отчеканивает знаменитый указ реформатора Петра (1718 г.) о доставлении всяких уродств (людей, животных, растений) в „кунсткамеру“: „Уродов де напрасно таят невежды“, полагая, что они „от действия дьявола рождаются, но сие есть вздор“... „от повреждения внутреннего, а также от страха и мнения материнского, как тому есть многие примеры: чего испугается мать, такие знаки на дитяти бывают“.

Речь во всех этих замечательных выдержках идет и о простой, и о психогенной наследственности.

Повторяем: эмотивные эпохи войн и революций, обильные потрясающими впечатлениями, должны обещать преимущественную урожайность и жатву искомых явлений. Вот почему такие эпохи не следует упускать для изучения современникам.

Нет тем предосудительных и избранных, надо лишь с достойными методами натуралиста подходить к их изучению. Не рискуя дискредитировать науку, надо спокойно приступать к деликатным вопросам и, если не объяснять, то констатировать. Обладание фактом—величайшее достояние. Наши гипотезы суть наши мнения. Они переменчивы; факты—суть факты, не преходящи.

„Наследственность... Овладеть этой силой, отстранить ее губительное влияние на человечество и направить ее на благо людей—одна из лучших задач мыслителя и врача“. (Слова Э. Ю. Петри).

Следующие опросные бланки могут дать предварительный ориентировочный материал, при широкой рассылке.

Просят ответить на вопросы, направляя ответ по адресу: Саратов, Клиника Душевных Болезней, Провиантская, 8.

- 1) Кто воспринял впечатление (имя, отчество, фамилия *) и лета)?
- 2) Какое впечатление и когда поразило воображение? Описать подробно.
- 3) Какое и когда последовало уродство? Описать подробно.
- 4) Было-ли поразившее впечатление однократное и внезапное, или многократное и повторное?
- 5) Было-ли оно зрительное, слуховое, осязательное, или просто подействовал на воображение рассказ, или ожидание?
- 6) На каком месяце беременности последовало впечатление?
- 7) Было-ли потом опасение, что впечатление может отразиться на ребенке? Часто-ли оно приходило на ум?
- 8) Не было ли во время беременности матери особых явлений (сновидений, галлюцинаций)? Какие?
- 9) Какой недостаток проявился у ребенка, — физический (уродство), привычка, или какой другой?
- 10) Не было-ли в роду у самих родителей поданных аномалий? Какие?
- 11) Которым по счету является ребенок?
- 12) Сколько других детей (пол и возраст)?
- 13) Состояние здоровья всех членов семьи.
- 14) Особые примечания и подробности.
- 15) По возможности прилагать фотографию физического уродства.
- 16) Год, месяц, число, адрес и подпись корреспондента.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) П. Подъяпольский. Волдырь от мнимого ожога, причиненный словесным внушением в состоянии искусственного сна. Тр. Саратов. О-ва Ест., IV, в. 2. — 2) P. Podiapolsky. Brûlure suggérée chez une femme ayant présenté du matisme hystérique. Revue de l'hypnot., août, 1904. — 3) Его же. О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением. Журн. Корсакова, 1909, кн. 1—4. — 4) Его же. Des troubles vaso-moteurs par suggestion hypnotique. Revue de l'hypn., 24 année, № 6. — 5) P. Fa rez. Les troubles trophiques dans l'hystérie; brûlure suggérée. R. d. l'h., 22 année, № 6. — 6) Д. Смирнов. Modifications vasomotrices, produites par la suggestion hypnotique. R. d. l'h., 24 année, № 6; Zeitschr. f. Psychotherapie, IV. — 7) Л. Даркшевич. Курс нервных болезней, III, Казань, 1917, стр. 497. — 8) P. Podiapolsky. Les impressions ou suggestions paternelles ou maternelles se transmettent-elles aux enfants? R. de l'h., janvier, 1904. — 9) П. Подъяпольский. О высоком вероятии проявления внушений, заданных родителям, у детей. Тр. С. О. Е., IV, в. 2. — 10) Его же, К вопросу о силе психических впечатлений (влияние эмотивных эпох и войн на потомство), с опросными бланками. Ibidem; R. d. l'h., 1905, septembre; Вопр. фил. и психол., кн. IV,

*) В случае желания, имена и фамилии не оглашаются.

- 1905; *La Sage-Femme*, № 189, 1907. — 11) Его же. О влиянии духа на тело. О передаче материнских впечатлений или внушений плоду. *Журн. Акуш. и Женск. Бол.*, май-июнь, 1907. — 12) Его же. Применение гипнотического внушения в лазаретной практике. *Журн. Корсакова*, кн. 2, 1915 — 13) Проф. В. Палладин. Работа ферментов в живых и убитых растениях. *Дн. XII Съезда Рус. Ест. и Врач.*, 1910, стр. 52 — 71. — 14) J. W. Ballantyne *Maternal Impressions*. *Edinb. Med. J.*, 1891. — 15) Stahl. *De passionibus animi corpus humanum varie alternantibus*. Halle, 1691. — 16) Prosper Lucas. *Traité philosophique et psychologique de hérédité naturelle*. Paris, 1847—1850. — 17) Gigou de Buzareingues. *De la génération*. Paris, 1828. — 18) Ch. Ribot. *L'hérédité psychologique*. Paris 1887 (рус. пер. Черемшанского. изд. Риккера, 1884). — 19) Liébeault. *Le sommeil provoqué*. Paris, 1889. — 20) Hack Tuke. *Geist und Körper*. Iena, 2 Aufl. — 21) Drzewiecki. *L'influence des impressions maternelles sur le fœtus R. d. l'h.*, 6 année, p. 196—202. — 22) Проф. А. Ф. Брандт. Загадочные формы наследственности. *Рус. Врач.*, №№ 29—30, 1916. — 23) Burdach. *Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*. Leipzig, 1835—1840. — 24) Marat. *De l'homme, ou des principes et des lois de l'influence de l'âme sur le corps et du corps sur l'âme*. Amsterdam, 1775. — 25) Geoffroy Saint-Hilaire. *Histoire gén. et partic. des anomalies d'organisation etc.* Paris, 1832 — 26) E. Schwalbe. *Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere*. 1906—1907. — 21) И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения поведения животных. Петр., 1923.
-

Клинические наблюдения над протеиновой терапией.

З. И. Малкина.

(Доклад на I Поволжском Съезде Врачей в г. Казани).

В настоящее время еще не существует общепринятого мнения по вопросу о показаниях для применения протеиновой терапии. Большая часть наблюдений относится к применению протеиновой терапии при инфекционных процессах. Хронические инфекционные заболевания кожи, особенно стафилококковой природы, по данным большинства авторов представляют наиболее благодарный материал в этом отношении.

Многочисленные наблюдения касаются также хронического суставного ревматизма. Schmidt и Cerny с большим успехом применяли протеиновую терапию при туберкулезных процессах; Ludke и Любарский, напротив, считают ее в этих случаях противопоказанной. Столь же противоречивые взгляды существуют в отношении острых инфекционных болезней: Ludke видел исключительно-хорошие результаты от неспецифической терапии острых инфекционных болезней, Weichard же держится противоположного мнения.

Некоторые авторы сообщают о хороших результатах, полученных от лечения протеиновыми телами раковых процессов, язвы желудка (Holler, Caspary), пернициозной анемии, гемофилии.

Средства, применяемые в настоящее время в протеиновой терапии, представляются чрезвычайно разнообразными. Среди них следует указать на различного рода вакцины, затем молоко, аолан, казеин, казеозан, дейтероальбумозу, сыворотку, ятроказеозан и мн. др. Мы в клинике проф. Чебоксарова остановились на казеине, как на препарате, наиболее легко расщепляющемся благодаря тому, что он не содержит трудно расщепляемого гликоля, а содержит легко расщепляемые тирозин и триптофан; главным же достоинством казеина является возможность получения каких угодно разведений его, что обеспечивает легкость и точность дозирования, а та-

кая точность, по нашим экспериментальным и клиническим наблюдениям, составляет самое существенное условие успешного применения протеиновой терапии.

Казеин вводился нами внутримышечно или внутривенно в нейтральном растворе. Вначале мы исходили из 5% раствора, рекомендованного Schmidt'ом, но затем перешли на более слабые разведения. Во время лечения у больных производились наблюдения за t^0 , лейкоцитарной реакцией и за изменением комплемента.

До настоящего времени мы имеем 77 наблюдений над больными, у которых применялась протеиновая терапия. Среди них было 15 случаев фурункулеза, при котором мы во всех случаях получили хорошие результаты. Большинство этих больных имело хронический, застарелый фурункулез, захватывавший большую поверхность тела и не поддававшийся в продолжение долгого времени лекарственной терапии. Лечение занимало от 1 до 5 недель (в особенно тяжелых случаях). В настоящее время мы пользуемся при фурункулезе 1/2% раствором казеина в количестве от 0,5 до 2 куб. сант. После впрыскиваний казеина нами отмечалась на 2-ой или 3-ий день небольшая очаговая реакция, выражавшаяся в появлении чувства зуда на болезненных участках, усилении гиперемии и трансудации; заметной же t^0 реакции обычно не появлялось. Затем наступало побледнение, подсыхание и полное рассасывание воспалительных очагов, причем одновременно наблюдалось значительное улучшение и общего самочувствия больных.

Из 13 бывших под нашим наблюдением случаев хронического суставного ревматизма мы получили хорошие результаты в 8 случаях, в 3 же—относительно небольшое улучшение, в 1 случае—ухудшение процесса, и в 1 не получили никаких результатов. У больного, у которого мы получили ухудшение болезненного процесса, мы применяли сравнительно-большие дозы казеина (2 1/2%). В крови пациента мы констатировали после впрыскивания значительное падение комплемента, которое затем продолжало оставаться на низком уровне. В дальнейшем мы перешли к более слабым разведениям и в настоящее время при ревматических процессах применяем 1/2%—1% раствор в количестве от 0,5 до 1,5 куб. сант. У больных, у которых мы наблюдали улучшение болезненного процесса, выражавшееся в исчезновении болей, уменьшении и исчезновении опухолей суставов и восстановлении их подвижности, как правило, отмечалось значительное повышение в содержании комплемента в крови. В большинстве случаев этой группы вскоре после введения казеина отмечалась небольшая t -ная и очаговая реакция. В случаях, когда кровь для исследования бралась в момент насту-

пления очаговой реакции (на 2-ой день), можно было отметить падение комплемента. В 1 случае тяжелого острого суставного ревматизма мы, введя внутривенно казеин, получили значительную лейкоцитарную реакцию, сильное повышение комплемента и abortивное течение болезни.

Из 4 случаев экссудативного плеврита мы в 2 получили от протеиновой терапии хороший терапевтический эффект, в 2 же других никаких результатов не получили.

Весьма демонстративные результаты были получены нами от применения протеиновой терапии при открытых туберкулезных лимфаденитах и костном туберкулезе (*caries sterni*), осложненном туберкулезным изъязвлением кожи с хроническим затяжным течением. Из 7 больных этого рода мы у 6 получили полный терапевтический эффект,—прекращение гнойного отделяемого, очищение язвенных поверхностей, оживление грануляций и закрытие дефектов рубцовой тканью. Мы применяем при этом небольшие дозы казеина— $\frac{1}{2}\%$ раствор у взрослых и $\frac{1}{8}\%$ у детей. Курс лечения продолжался от 1 до $2\frac{1}{2}$ месяцев. Зачастую нами отмечалось быстрое наступление изменений уже в начале лечения, затем процесс временно останавливался в одном положении, но потом, варьируя дозировку, мы все же добивались и дальнейших результатов. Сильной t^0 реакции мы при этом старались не вызывать. Очаговая реакция выражалась обычно в увеличенном отделении гноя и в том, что раны с очень вялыми грануляциями начинали кровоточить. Слишком резкое усиление очаговой реакции служило показанием для уменьшения применяемой дозы. У всех больных данной группы за время лечения наблюдалась значительная прибавка в весе.

Из 2 случаев туберкулезного перитонита мы в одном (*peritonitis exsud. tbc. et pleuritis exsud. dextra*), где были применены небольшие дозы молока (от 0,5 до 1,5 куб. сант.) получили полное рассасывание брюшинного и плеврального выпотов в течение нескольких недель. В другом аналогичном случае туберкулезного перитонита, осложненного плевритом, где мы применили небольшие дозы казеина ($0,5—\frac{1}{4}\%$) внутривенно, после введения наблюдались небольшая t^0 -ная реакция, небольшое увеличение лейкоцитоза (на 1000—2000) и довольно демонстративное изменение формулы крови в смысле уменьшения количества нейтрофилов и увеличения лимфоцитов: при поступлении больной в клинику формула крови была—*N.* 67,5%, эоз. 2,4%, бол. лим. 4,6%, мал. лим. 16,0%, мн. 9,5%; после шести же инъекций *N.* стало 39,0%, эоз.—3,6%, бол. лим.—11,2%, мал. лим.—33,8%, мн.—9,6%, расп. форм.—2,8%. Вместе с тем в крови больной можно было определить резкое

повышение в содержании комплемента. В связи с этим в данном случае быстро улучшилось общее самочувствие больной, исчезли болезненные ощущения в области живота, резко уменьшилось количество выпота в брюшной полости (клинически асцит более не определялся), равно как и количество выпота в плевре. Желая добиться полного рассасывания жидкости и не вызывая заметной t -ной реакции малыми дозами казеина, мы стали вводить последний в значительно больших дозах, — 2 куб. сант. $1/4^0/0$ казеина. Результатом были повышение t^0 до 39^0 , резкая и длительная очаговая реакция (снова появились сильные боли в области живота, быстрое увеличение асцита и экссудата) и стойкое ухудшение общего состояния. Содержание комплемента в крови пало ниже уровня, на котором оно находилось при поступлении больной в клинику. Формула крови изменилась в смысле уменьшения количества лимфоцитов и увеличения нейтрофилов. В дальнейшем улучшить состояние больной нам уже не удалось, и пациентка была выписана из клиники в тяжелом состоянии.

В ряде случаев нам удалось добиться положительных результатов от применения протейновой терапии и при легочном туберкулезе. При этом первоначальные попытки неспецифической терапии последнего были нами проделаны с молоком в небольших дозах (0,5 куб. сант.). Однако при активной форме туберкулеза употребление даже и столь малых доз молока, оказалось, может быть, губительным для больного. У больного М., поступившего в клинику с t^0 в $37,3^0$ — $37,9^0$, после впрыскивания 0,5 куб. сант. молока наступила гектическая лихорадка, усилились явления в легких, в крови было констатировано резкое падение комплемента; обострение это приняло затем затяжной характер, и больной вскоре погиб. Поэтому в дальнейшем мы при лечении легочного туберкулеза перешли исключительно на казеин, в виду возможности применять его в самых слабых разведениях, причем вначале применяли $1/2^0/0$ раствор его, а затем, так как и при употреблении этого раствора нам пришлось в ряде случаев натолкнуться на нежелательные явления, мы понизили крепость раствора до $1/8^0/0$, каковой и применяем в настоящее время, начиная с 2 куб. сант. и лишь чрезвычайно осторожно повышая дозу, дабы не вызвать t^0 -ной и сильной очаговой реакции. При такой осторожной дозировке и строгом соответствии с индивидуальными особенностями каждого отдельного случая нам удавалось часто даже в тяжелых случаях активного легочного туберкулеза (1-й и 2-й степени) получать значительное улучшение в течении болезни, выражавшееся в уменьшении одышки, исчезновении болей в груди, повышении работоспособности, исчез-

новении кашля, уменьшении и исчезновении из мокроты туберкулезных палочек, понижении t° , исчезновении потов, влажных и сухих хрипов, сокращении поля заглупшения перкуторного звука и т. п. В этих случаях, почти как правило, уже вскоре после начала применения протеиновой терапии наблюдались также остановка кровохаркания и значительная прибыль в весе. Параллельно с хорошим терапевтическим эффектом у больных констатировалось также и повышение комплемента и увеличение количества лимфоцитов; в тех же случаях, где нам не удавалось вызвать повышения комплемента, мы не отмечали и клинического улучшения; равным образом и систематическое определение изменений формулы крови не обнаруживало здесь увеличения числа лимфоцитов.

Случаев легочного туберкулеза 1-й и 2-й степени у нас было под наблюдением 18, среди которых безрезультатным лечение оказалось в 4. Всего же мы до настоящего времени (конец июня 1923 г.) имели возможность наблюдать действие протеиновой терапии, повторяем, у 77 больных, в том числе с хорошим результатом у 58%.

Позволим себе теперь перейти к выводам из наших наблюдений.

1) Протеиновая терапия дает в известном числе случаев значительный терапевтический результат, причем наилучший результат дает она, по нашим наблюдениям, при фурункулезе и открытых лимфаденитах.

2) Терапевтический эффект ее, констатируемый клинически, совпадает с положительной фазой повышенного содержания комплемента в крови, клинически же констатируемое обострение болезненного процесса совпадает с отрицательной фазой, длительным падением комплемента. Температурная реакция необязательна для получения терапевтического результата. Очаговая реакция является выражением раздражения организма; в наших наблюдениях она была клиническим проявлением отрицательной фазы. Слишком сильная t° и очаговая реакция являются нежелательными фактами. Таким образом количественное определение комплемента в клинике протеиновой терапии дает нам правильный критерий для сознательной дозировки и сознательного отношения к оказываемым нами терапевтическим воздействиям на больного.

3) Требуется большая осторожность и умение индивидуализировать применение протеиновой терапии.

4) Обычно принятые теперь дозы молока и казеина (50% раствор) являются слишком большими, предпочтительнее оперировать с более слабыми разведениями, причем, если не получается терапевтического результата от малых доз, то нельзя ожидать хорошего

результата и от чрезмерно большого увеличения дозы, могущего вызвать длительное падение комплемента и обострение болезненного процесса.

5) Применение протеиновой терапии при туберкулезе не является противопоказанным; здесь требуются лишь крайняя осторожность в дозировке и употребление минимальных доз.

6) При целесообразной дозировке, при успешном применении протеиновой терапии у туберкулезных больных констатируются относительный лимфоцитоз и некоторое увеличение эозинофилов, как это бывает при успешном лечении туберкулеза туберкулином.

7) Успех протеиновой терапии зависит от степени реактивной способности (Reactionsfähigkeit), присущей данному организму в данный момент, что ставит ограниченные пределы размерам терапевтических достижений, доступных неспецифической терапии.

8) Это же определяет и характер противопоказаний для протеиновой терапии: все моменты, ограничивающие реактивную способность организма (старость, малярия, артериосклероз), являются противопоказующими ее применение.

210 случаев возвратного тифа, леченных неосальварсаном *).

Д-ра А. А. Листова (Симбирск).

Вопрос о лечении возвратного тифа органическими мышьяковистыми соединениями имеет 15—17-летнюю давность. С 1907—8 годов ряд авторов начинает применять для лечения возвратного тифа предложенные Ehrlich'ом мышьяковистые препараты,— сначала в виде атоксила, затем—арсацетина, наконец, сальварсана и неосальварсана. В настоящее время неосальварсан вытеснил все остальные средства и является общепризнанным при лечении возвратного тифа. Общепризнан также и способ введения этого средства—внутривенный. Остаются не вполне выясненными только вопросы, когда, т. е. в какой стадии болезни, и в какой дозе лучше всего производить вливания неосальварсана. Для содействия выяснению этих вопросов мы и позволяем себе опубликовать свой материал, обнимающий 210 случаев возвратного тифа, леченных неосальварсаном в Симбирском Военном Госпитале.

Всех больных возвратным тифом в Госпиталь поступило с сентября 1921 г. по июнь 1922 г. 721 человек; из них лечению неосальварсаном подверглись, повторяю, 210 человек,—все мужчины молодого (призывного) возраста: от 19 до 25 лет—198 человек и от 25 до 33 лет—12.

Вводился неосальварсан всем внутривенно, в вены локтевого сгиба, при помощи 10-граммового шприца. Дозы неосальварсана были различны:

0,25	было	впрыснуто	1	раз,
0,35	"	"	1	"
0,45	"	"	1	"
0,5—0,55	"	"	67	"
0,6—0,65	"	"	97	"
0,7—0,75	"	"	35	"
0,8	"	"	8	"

*) Доложено в Обществе Врачей г. Симбирска 27 сентября 1922 года.

Надобно заметить, что неосальварсан в Госпитале был лишь в 4—5 граммовых ампулах, и потому впрыскивания его производились всегда группам больных в 6—8 человек. При этом содержимое ампулы растворялось в 60,0—80,0 свежестерилизованного 0,4%-го раствора поваренной соли температуры парного молока, и на каждого больного бралось 6,0—8,0 раствора. В виду быстрой разлагаемости препарата требовалась известная спешность при впрыскивании; 6—8 впрыскиваний мы стремились закончить втечении 15—20 минут.

У всех 210 больных диагноз возвратного тифа был установлен бактериоскопически.

Впрыскивания неосальварсана производились как во время приступов, так и в стадии апирексии. Во время приступов было произведено 79 впрыскиваний, в стадии апирексии—131, причем во время 1-го приступа было произведено 28 впрыскиваний, во время 2-го—42, во время 3-го—7 и во время 4-го—2. В стадии апирексии после 1-го приступа были сделаны 122 впрыскивания, после 2-го—9.

При первом приступе впрыскивания производились чаще от 3-го до 7-го дня, а в последующие приступы—в первые 3—4 дня; в стадии апирексии впрыскивания производились от 1-го до 10-го дня, чаще от 2-го до 8-го. Такое разнообразное время впрыскиваний объясняется тем, что в нашем распоряжении, как уже было упомянуто, имелись ампулы неосальварсана только в 4—5 грм., и нам приходилось до некоторой степени не считаться со стадией болезни, чтобы использовать все содержимое ампулы на 6—8 человек. За то обстоятельство это позволило нам сделать некоторые наблюдения над преимуществами и недостатками того или другого времени вливания неосальварсана.

Из 72 случаев *) вливания неосальварсана во время приступов рецидивы болезни последовали в 19, т. е. в 26%, из 129 же случаев **) вливания в стадии апирексии рецидивов было 34,

*) Здесь опущены 7 случаев вливания неосальварсана в лихорадочной стадии и 2 в стадии апирексии, в том числе 4 смертных случая, 4 случая одновременно возвратного и сыпного тифов и 1 случай возвратного тифа вместе с малярией; во всех упомянутых случаях судить о рецидивах не представлялось возможным. Упомянутые 4 случая смешанной инфекции возвратным и сыпным тифом заслуживают быть отмеченными в том смысле, что неосальварсан, введенный как в начале сыпного тифа, так и в стадии инкубации (за 5—6 дней до начала повышения температуры), не оказывал никакого влияния на течение заболевания этим тифом.

**) У Соколова (Вр. Газ., 1914, №№ 6, 7) процент рецидивов после вливания сальварсана при возвратном тифе равнялся 1,6%, но там больных

т. е. также 26⁰/₀. Таким образом в отношении последующих рецидивов отдать преимущество тому или иному способу, т. е. вливанию в стадии приступов или в стадии апирексии,—нельзя, если производить вливания в различные произвольные дни как лихорадочного, так и безлихорадочного периодов.

Столь большой процент рецидивов сравнительно с наблюдавшимся другими авторами требует объяснения и оговорок. Небольшой ⁰/₀ рецидивов у прежних авторов приходится, повидимому, объяснить тем, что больных после вливания неосальварсана недостаточно долго выдерживали в больнице, и таким образом рецидивы ускользали от наблюдений. Наши 210 больных все выдерживались после вливания от 10 до 16 и более дней, и лишь 6 человек были выписаны раньше этого срока; время же наступления рецидивов после вливания, по нашим данным, было всегда раньше 10 го дня,—только 3 из 53 рецидивов наступили позднее этого срока. Таким образом все наши больные были достаточно выдержаны после вливания, чтобы уловить все рецидивы. Затем надо оговорить и характер бывших у нас рецидивов. Из 53 случаев всех рецидивов только в 20 они были средней силы и продолжительности и похожи на обычные рецидивы возвратного тифа, в остальных же 33 случаях рецидивы были крайне короткие (от нескольких часов до суток) и слабые,—часто с температурой не выше 37,5—38⁰.

Такие рецидивы скорее улавливались термометром при систематическом измерении температуры, чем чувствовались самим больным. Если исключить эти атипичные, крайне короткие и слабые приступы, то ⁰/₀ рецидивов у нас уменьшится до 10.

Теперь постараемся выяснить зависимость рецидивов от дозы неосальварсана и от периода болезни, когда вливался последний. Что касается доз, то мы применяли неосальварсан обычно в количестве от 0,5 до 0,8, причем лучшего результата от применения дозы 0,8 сравнительно с дозой 0,5 не видели; так, выпрыснутый во время приступов неосальварсан в дозах 0,7—0,8 дал из 33 случаев 8 рецидивов, а выпрыснутый в дозах 0,5—0,6 дал из 38 случаев 10 рецидивов. Выпрыснутый в стадии апирексии он в дозах 0,6—0,65 дал из 64 случаев 16 рецидивов, а в дозах 0,6—0,55 дал из 56 случаев 16 рецидивов *).

выписывали на 4-й—7-й дни после вливания. У 26 же больных, которых выдерживали, после вливания от 17 до 30 дней, автором отмечены рецидивы в 3 случаях, что дает 11,5% рецидивов.

*) Доктор Воинов, в 1913 году, в Новороссийске, произвел вливание неосальварсана в стадии апирексии 26 больным возвратным тифом в дозе 0,3 и не получил ни одного рецидива, при введении же 0,2 средства одному больному, через 6 дней получил рецидив. (Врач. Газ., 1914, № 28).

Относительно зависимости же числа рецидивов оттого, в какие дни и какого периода болезни делались вливания, мы должны отметить следующее: из 33 вливаний, произведенных во время 2-го приступа, рецидивы последовали в 12 случаях, в том числе при вливании на 2-й день приступа рецидивы наблюдались в 3 случаях из 7, при вливании на 3-й день — в 3 из 9, при вливании на 4-й день — в 3 из 11 и при вливании на 5-й день — в 3 из 6, т. е., другими словами, при вливании неосальварсана в лихорадочной стадии какой-либо зависимости рецидивов от дня приступа, когда делается вливание, нет. Совершенное иное наблюдали мы при вливании в стадии апирексии: здесь зависимость частоты рецидивов оттого, на какой день апирексии делается вливание, — ясная. Так, при вливании неосальварсана на 2-й день первой апирексии из 10 случаев было 2 рецидива, т. е. 20%, на 3-й — из 27 случаев 7 рецидивов, т. е. 26%, на 4-й — из 32 случаев 6 рецидивов, т. е. 18%, на 5-й — из 15 случаев 1 рецидив, т. е. 7%, на 6-й — из 10 случаев 4 рецидива, т. е. 40%, на 7-й — из 10 случаев тоже 4 рецидива, т. е. 40%, и на 8-й — из 10 случаев 6 рецидивов, т. е. 60%. Отсюда видно, что лучшим временем для вливания является 5-й день первой апирексии, считая первым днем апирексии тот день, когда падает температура; вливание в позднейшие дни дает больший процент рецидивов; кроме того, нами отмечено, что при вливании неосальварсана в последние дни апирексии перед наступлением ожидаемого приступа, последний наступал почти всегда через несколько часов после вливания; правда, и в этих случаях приступы были короткие и слабые.

Если мы будем рассматривать теперь зависимость рецидивов оттого, при каком приступе или при которой апирексии делается вливание, то натолкнемся на следующее явление: рецидивы бывают тем чаще, чем выше номер приступа или апирексии, во время которых делаются вливания. Так, из 25 случаев вливания при 1-м приступе рецидивов было 3, т. е. 12%, из 38 случаев вливания при 2-м приступе рецидивы отмечены в 12, т. е. в 32%, и из 7 случаев вливания при 3-м приступе рецидивы наблюдались 4 раза, т. е. в 57%; далее, из 120 случаев вливания после 1-го приступа рецидивов было 31, т. е. 26%, а из 9 случаев, где вливание было сделано после 2-го приступа, рецидивы наблюдались 3 раза, т. е. в 33%. Явление это представляется несколько парадоксальным, так как естественнее было бы ожидать уменьшения рецидивов с каждым дальнейшим приступом.

Спироксат в большинстве рецидивов, следовавших после вливания неосальварсана, нами не было обнаружено; исключение со-

ставляли лишь 3 случая рецидивов, где нам удалось обнаружить спирохэт. Вообще же исчезновение спирохэт из периферической крови после вливания неосальварсана происходит, по нашим наблюдениям, через 4—8 часов, причем позднее 8 часов спирохэты не были обнаружены нами ни разу.

Если мы теперь сопоставим картины течения случаев возвратного тифа нашей эпидемии, леченных и нелеченных неосальварсаном, то получим следующее: без лечения неосальварсаном болезнь ограничилась 1-м приступом в 39⁰/₀, 2-мя—в 37⁰/₀, 3-мя—в 19⁰/₀, 4-мя—в 4,3⁰/₀ и 5-ю—в 0,7⁰/₀; при лечении же неосальварсаном по 1 приступу было в 77⁰/₀, по 2—в 19⁰/₀ и по 3—в 4⁰/₀. При этом, повторяем, за приступы считались нами и самые ничтожные, кратковременные повышения температуры.

Средняя продолжительность приступов была: без вливания—2-го приступа 4,5 дня, а 3-го—3,5 дня, при вливании же—2-го приступа 1,7 дня, а 3-го—2,2 дня.

Коснемся теперь abortивного действия неосальварсана при вливании его в стадии приступов. Из 72 случаев вливания в лихорадочной стадии t° до истечения первых суток пала в 62, и только в 10 случаях падение ее замедлилось дольше суток, причем в 3 из этих случаев задержка падения температуры могла быть объяснена различными осложнениями. Самый короткий срок падения t° в нашем материале был 2 часа в 3 случаях, самый обычный—от 10 до 18 часов. Величина дозы неосальварсана на быстроту падения температуры у нас, повидимому, не влияла, и можно отметить только зависимость длительности падения температуры от дня приступа болезни, когда производилось вливание. Так, из 7 ничем не осложненных случаев длительного (больше суток) падения температуры в 4 вливание было произведено в 1-й день приступа, в 1—на 2-й и в 2—на 4-й. Таким образом неосальварсан, введенный в 1-й день приступа, не обрывает этого приступа раньше суток.

Следующий пункт, на котором мы должны остановить внимание читателей,—это побочные явления, наблюдающиеся при вливании неосальварсана. Самыми частыми из таких явлений бывают рвота и понос. Из 129 случаев вливания неосальварсана в стадии апирексии рвота, или понос, или то и другое вместе наблюдались у нас 16 раз, что составляет 12⁰/₀, а на 72 случая, где вливание производилось в лихорадочной стадии, рвота и понос имели место 33 раза, т. е. в 46⁰/₀. При этом величина дозы неосальварсана в колебаниях от 0,5—0,8 никакого влияния на частоту этих побочных явлений у нас не оказала.

Помимо указанных нетяжелых и неопасных побочных явлений при введении неосальварсана, нами один раз наблюдался случай тяжелого коллапса:

Больному И., 30 лет, крепкого телосложения и хорошего питания, с отсутствием каких-либо изменений в органах, на 4-й день первой апирекции, при удовлетворительном (80 ударов в минуту) пульсе; t° 36, 2° и общем хорошем состоянии, было сделано вливание неосальварсана в дозе 0,63. Тотчас после вливания у больного начались рвота, резкое покраснение всего тела, одышка и исчезновение пульса в лучевых артериях. Сознание сохранялось. Субъективно больной жаловался на ощущение жара и недостаток воздуха. Коллапс длился 2 часа, после чего больной вполне оправился. Этот больной интересен еще и тем, что у него после вливания были 2 приступа: первый через 2 дня после вливания, длившийся 2 дня с максимальной температурой 39°, и второй приступ через 2 дня после предыдущего, длившийся 3 дня, с максимальной температурой 39,3°. Спирохэт при обоих приступах обнаружено не было. Через 10 дней после последнего приступа пациент был выписан из Госпиталя в хорошем состоянии.

Всех смертных случаев при рекурренте у нас на 210 леченных неосальварсаном больных было 4, т. е. 1,9%, тогда как смертность от возвратного тифа без вливаний в эту эпидемию равнялась 5,3%. Заслуживает внимания и разбора каждый из этих 4 случаев.

I. С., 21 года, получил вливание 0,7 неосальварсана на 2-й день 2-го приступа, при температуре 38,7° и удовлетворительном пульсе; отмечались глуховатость тонов сердца и слабый шум на верхушке. Вечером в день вливания у больного была рвота, общее же состояние оставалось вполне удовлетворительным. Со следующего дня у больного стали обнаруживаться пневмонические фокусы, сначала в нижней доле одного легкого, а затем и другого. На 4-й день после вливания больной умер при явлениях нарастающей слабости сердца.

II. Н., 24 лет, поступил в Госпиталь на 5-й день первого приступа; в крови обнаружены спирохэты. Через 2 дня, т. е. на 7-й день приступа, с утра температура резко пала—с 40,5° до 36°, но через 3—4 часа вновь начала подниматься и в 12 часов достигла 39°. В час дня, при удовлетворительном пульсе, больному было сделано вливание 0,8 неосальварсана. В 3 часа дня температура была 40,1°; в 4 часа, т. е. через 3 часа после вливания, внезапный упадок сердечной деятельности, одышка и безсознательное состояние. В 5 часов температура 40,5°, в 7 ч.—40°. В 9 часов, т. е. через 8 часов после вливания, больной умер при явлениях прогрессирующего упадка сердечной деятельности. Вскрытие обнаружило наличие резкого жирового перерождения сердца, печени и почек и резкую гиперплазию селезенки со множеством мелких некротических островков в пульпе.

Тогда как причиной смерти 1-го больного следует считать появившуюся у него двухстороннюю пневмонию, в качестве причины летального исхода у 2-го пациента можно заподозрить смешанную инфекцию той паратифозной N бациллой, которая открыта за последнее время, как нередкая спутница возвратного тифа. За это отчасти говорят и новое внезапное повышение температуры тотчас после падения ее на 7-й день приступа, и крайне большое сходство температурной кривой нашего больного с двумя, имеющимися в нашем распоряжении, температурными кривыми больных возвратным тифом, у которых было установлено бактериологически осложнение паратифом N. Непосредственной причиной смерти здесь могло быть впрочем и токсическое действие неосальварсана, введенного в значительной дозе—0,8.

III. К., 21 года, поступил в Госпиталь на 6-й день 2-го приступа (в крови спирохэты); через 2 дня после поступления, т. е. на 8-й день приступа, при температуре 38,8° и пульсе 58, несколько слабого наполнения (тоны сердца были ясные), сделано вливание 0,56 неосальварсана. Перед самым вливанием, через 2 и через 4 часа после вливания спирохэты в крови не обнаруживались. Через 2 дня после вливания больной умер при явлениях нарастающей слабости сердечной деятельности. На вскрытии обнаружены: резкое жировое перерождение сердца, печени и почек, гиперплазия селезенки, двухсторонний бронхит, ограниченные срощения плевры правого легкого и плотные срощения на всем протяжении левого легкого.

IV. Т., 21 года. Вливание сделано на 6-й день 1-го приступа, при удовлетворительном пульсе—105 в минуту; доза неосальварсана—0,63; температура падала медленно в течение 2½ суток. Больной умер через 27 дней после вливания от развившегося двухстороннего экссудативного плеврита и экссудативного перикардита. Вскрытие обнаружило экссудативные двухсторонний плеврит и перикардит, жировое перерождение сердца, почек и гиперплазию и инфаркт селезенки.

Патолого-анатомическое вскрытие 13-ти умерших в Госпитале от возвратного тифа больных, не леченных неосальварсаном, давало всегда картину жирового перерождения сердца, печени и почек.

Ограничиваясь этими данными, резюмирую выводы, которые можно сделать из наших наблюдений. 1) Неосальварсан является весьма действительным средством при возвратном тифе, обрывая приступы в течение 10—18 часов и предупреждая наступление следующих приступов в 74% всех случаев,—если вливания его производятся в различные произвольные дни, как в стадии приступов, так и в стадии апиреksии. 2) Процент рецидивов падает до 12%, если производить вливание неосальварсана только во время первого

приступа, и до 7⁰/₀, если производить вливание в 5-й день первой апирексии. 3) Из 26⁰/₀ рецидивов после вливания неосальварсана только 10⁰/₀ бывает средней силы и продолжительности, остальные 16⁰/₀ рецидивов—ничтожно короткие и слабые. 4) Процент смертности от рекуррента при вливании уменьшается в 3 раза. 5) Смертных случаев при вливании неосальварсана в стадии апирексии не наблюдается. 6) Побочные явления (понос и рвота) в 4 раза реже бывают при вливаниях неосальварсана в стадии апирексии, чем при вливаниях в стадии высокой 1⁰. 7) Лучшим временем для вливания неосальварсана надо считать 5-й день первой апирексии. 8) Достаточной дозой неосальварсана надо признать 0,5, а быть может, и меньшую.

ЛИТЕРАТУРА.

1) И. М. Соколов. 300 случаев возвратного тифа, леченных сальварсаном. Вр. Газ., 1914, №№ 6—7.—2) П. А. Бродский. Неосальварсан при возвратном тифе. Ibid.—3) И. И. Воинов. К вопросу о специфическом действии неосальварсана при возвратном тифе. Ibid., № 28.—4) П. Л. Рабинович. Сальварсанотерапия возвратного тифа. Вр. Дело, 1921, № 22—24.—5) М. Д. Тушинский, Тиги, Бреслав. Из наблюдений над лечением возвратного тифа внутривенным вливанием АВ. Вр. Газ., 1922, № 3—4.—6) Проф. Т. С. Кулеш и д-р Н. А. Титова. Патологическая анатомия и этиология осложнений возвратного тифа. Ibid.—7) Проф. Е. И. Марциновский. О развитии спирохет возвратного тифа в организме человека. Гигиена и Эпидемиология, 1922, № 1.

Оперативное лечение малярийных спленомегалий с точки зрения современной хирургии*).

Проф. П. М. Красина.

Тема, которой я коснусь в настоящем сообщении, представляет высокий интерес не только для хирурга, но и для интерниста, во-первых, потому, что вопрос об оперативном лечении малярийных спленомегалий находится еще в периоде разработки; во-вторых, в силу того, что оперативное лечение при малярии практикуется главным образом хирургами, работающими в так наз. малярийных местностях. Таким образом сравнительно небольшой круг хирургов обладает всею полнотой клинических наблюдений над хирургией селезенки при малярии. В виду сказанного неудивительно, что этому вопросу уделяется так мало места и внимания в медицинской печати. Литература, относящаяся к вопросу о хирургическом лечении малярийных спленомегалий, относительно невелика, да к тому же нелегко доступна, так как целый ряд работ принадлежит итальянским хирургам (Solieri, Solieni, Nanotti, Remedi, Cardarelli, Noferi и др.). Горячим сторонником спленэктомии при малярии является известный румынский хирург Jоп-пессо, имеющий большой опыт в данном вопросе. На немецком языке имеется сравнительно мало журнальных статей по этому вопросу (Bessel-Haggen'a, Adelmanna и др.); за то на последнем написана обстоятельная монография по хирургии селезенки Michelson'a (Die Ergebnisse der modernen Milzchirurgie. Erg. der Chir und Orthopaedie, 1913) с подробным указателем литературы. Из русских хирургов этим вопросом особенно занимался Финкельштейн, располагающий большим материалом и опытом в деле лечения малярийных спленомегалий (101 сл.), затем Меерович, Копылов, Парийский, Сахаров, Березнеговский и др.; между прочим последнему автору принадлежит монография о повреждениях и хирургических заболеваниях селезенки (Рус. Хирургия, 1909).

*) Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете.

Хирургическое лечение малярийных спленомегалий применяется, как сказано выше, преимущественно хирургами, живущими и работающими в малярийных местностях,—в Алжире, Индии, под тропиками, в Италии, на Балканском полуострове и у нас на юге России, главным образом на Кавказе. Общее число спленэктомий, принадлежащих русским авторам, невелико. Так, Копылов насчитывает их до 200 случаев. В настоящее время впрочем число этих случаев значительно превысило 300, если принимать во внимание только один материал Финкельштейна.

Все вышеизложенное вполне оправдывает мое желание,—хотя я и имею более, чем скромный, опыт в хирургическом лечении малярийных спленомегалий,—поделиться своими наблюдениями над теми формами последних, которые редко встречаются вне зон малярийных местностей,—тем более, что главная цель, к которой я стремлюсь в своем сообщении, преследует анатомо-хирургическую оценку тех способов чревосечений, которые наичаще применяются хирургами, чтобы получить широкий доступ к селезенке. Для этой цели я произвел несколько экспериментов над трупами и на основании сопоставления клинических форм малярийных спленомегалий с различными методами рассечения передне-боковой стенки живота для широкого доступа к селезенке пришел к определенным заключениям.

В виду недостаточного знакомства большинства хирургов с малярийными спленомегалиями, я позволю себе прежде всего остановиться на патолого-анатомической стороне вопроса, затем коснусь вкратце наиболее важных черт клинической картины, причем главное внимание уделю симптоматологии так наз. блуждающей селезенки, как наиболее опасной формы этого заболевания; далее я остановлюсь на спорном еще вопросе о показаниях к удалению селезенки при малярии, как основном методе хирургического лечения малярийных спленомегалий, и, наконец, приведу свои соображения по поводу широкого доступа к малярийной и нормальной селезенке, положив в основу как литературные данные, так и данные личного небольшого опыта.

Прежде чем, однако, перейти к вышеизложенному порядку сообщения, считаю необходимым дать некоторые пояснения общего характера относительно собственных наблюдений и тем снять с себя ответственность за неполноту их. Дело в том, что в 1910, 1911, 1913 и 1914 годах мне пришлось в течение 2 летних месяцев в каждом сезоне работать в качестве курортного врача на Черноморском побережье, в Гаграх. За эти 8 летних месяцев врачебной практики через мои руки прошло немало больных с кавказской малярией, в том числе много с малярийными спленомегалиями. В

виду того, что хирургическое лечение в эти годы почти впервые в широком масштабе насаждалось в Абхазии, трудно было сразу развить интенсивную хирургическую деятельность по целому ряду причин. Работа шла урывками и носила случайный характер. Мне пришлось три раза делать операции по поводу малярийных спленомегалий, и случаи эти я вынужден был сообщать раздельно. Так, случай оперативного лечения малярийного асцита с помощью операции R u o t t e 'a мною опубликован в „Хирургии“ за 1914 год. Другой случай спленэктомии по поводу колоссальной малярийной селезенки приведен в моем отчете тоже в журнале „Хирургия“ за 1914 г. В настоящей статье я сообщу третий случай удачного удаления блуждающей малярийной селезенки и кратко упомяну еще о совместном с д-ром Н. В. С о к о л о в ы м наблюдении над спленомегалией невыясненного характера, оперированной мной в гор. Казани в 1918 году. Случай этот очень напоминал малярийную спленомегалию. Прежде, чем приводить его, сообщу важнейшие литературные данные, касающиеся патолого-анатомической основы этого страдания, так как в последней лежит ключ к установке наиболее правильных показаний к операциям и к самому производству последних, не говоря уже о клинике этого заболевания.

Малярийная селезенка впервые была удалена K ü s c h l e r 'ом в 1855 году. Случай кончился смертью больного. Однако уже вскоре операция с успехом была произведена D o r s a u 'ем. В 1887 году A d e l m a n n собрал 79 сл. спленэктомии, причем в этой статистике значилось 7 случаев, где операция была сделана по поводу малярии, — в 3 случаях с успехом. С развитием асептики и хирургической техники число операций в дальнейшем стало увеличиваться, но $0/0$ смертности продолжал оставаться ужасающим, так как не были выработаны более или менее точные показания к оперативному вмешательству. Так, до 1900 года включительно, по статистике B e s s e l - H a g g e n 'а, из 88 случаев удаления селезенки при малярии смерть последовала в 30, т. е. $0/0$ смертности равнялся 33,4 $0/0$. Более новые статистики значительно понизили этот $0/0$ в зависимости прямо от ограничения круга показаний к операциям, — у различных хирургов он колеблется в различных пределах, от 7 $0/0$ у M i c h a i l o w s k 'ого до 33,01 $0/0$ у Ф и н к е л ь ш т е й н а.

В настоящее время твердо установлено, что основным лечением малярийной инфекции является специфическое внутреннее лечение (хинин, мышьяк, сальварсан, метиленовая синька и др.). Хирургическое лечение уместно только при некоторых формах малярийных спленомегалий, особенно тех, где внутреннее лечение остается безуспешным.

Известно также, что удаление селезенки не излечивает основной болезни, хотя часто значительно облегчает состояние больного. Малярия, — известно далее, — есть самая частая причина хронического опухания селезенки. В странах Средней Европы эта болезнь не имеет того значения, какое она приобретает в жарких местностях, особенно под тропиками. Так, по *Michelson's* у каждого тропического жителя наблюдается известное увеличение селезенки даже в том случае если субъект раньше никогда не страдал припадками лихорадки. При остром припадке малярии увеличение селезенки зависит от гиперемии органа. Это увеличение остается обыкновенно в умеренных границах. Селезенка выдается немного из-под нижнего края левого подреберья; она мягка и слегка чувствительна к давлению. С прекращением припадков опухоль селезенки исчезает, и данный орган, если не появились новых припадков лихорадки, продолжительное время может оставаться в нормальном состоянии. Если же болезнь принимает хроническое течение, или часто рецидивирует, то наряду с гиперемией органа наступают как воспалительные, так и новообразовательные процессы не только в самой селезенке, но и в ее капсуле, связках и в перитонеальном покрове соприкасающихся с нею соседних органов. В результате селезенка может достигать колоссальных размеров, располагается в средне-боковой области живота и может достигать пределов малого таза. Вес ее вместо обычных 150 — 200 грм. доходит до 6 кило (*Jonnesco*). В одном из моих случаев вес удаленной селезенки равнялся $18\frac{1}{2}$ мед. фунтов. Такая огромная селезенка в общем сохраняет свои очертания, она очень плотна, нечувствительна и в разрезе напоминает рыбье мясо. Вследствие давления со стороны новообразованной соединительной ткани *Malpughi*евы тельца селезенки атрофируются, вены ненормально расширяются, и стенки их истончаются. Селезеночная ткань оказывается набитою продуктами распада клеток, в частности железосодержащим пигментом, масса сосудов ее облитерируется. Отсюда понятна чрезвычайная хрупкость органа и легкая его разрываемость. Периспленит ведет к утолщению капсулы, сморщиванию ее и связок селезенки. Селезеночные сосуды также претерпевают сложные изменения, и, что важнее всего для хирурга, селезеночная вена настолько расширяется, что достигает колоссального калибра, — в одном из моих случаев, напр., сосуд этот был толще двух пальцев. Сильная васкуляризация серозных покровов прилегающих органов вызывает обширные и мощные сращения. Чаще всего селезенка спаивается с диафрагмой, желудком, поджелудочной железой, сальником и кишками. Несмотря на эти сращения, при расслабле-

нии брюшного пресса, в силу нарастающей тяжести селезенки, наблюдается растяжение ее связок и дислокация или птоз органа, который при этом может спаиваться с самыми разнообразными органами живота и таза, напр., с маткой или мочевым пузырем, или находится в грыжевом мешке.

Принято различать несколько видов малярийных спленомегалий, а именно, отличают две главные категории: 1) неподвижную гипертрофическую селезенку, 2) подвижную спленомегалию. При последней селезенка может быть смещенной (вывихнутой) и блуждающей (*Wandermilz*). В свою очередь блуждающая селезенка может быть свободной и фиксированной. Наконец, блуждающая селезенка может встретиться в состоянии перекручивания своих сосудов, что наблюдается в острой и хронической формах. Известно, далее, что хроническая малярия сопровождается целым рядом разнообразных осложнений со стороны внутренних органов. На первом месте среди них стоит цирроз печени с водянкой живота.

Спленэктомия, как основная операция при малярии, основана на том факте, что удаление здоровой селезенки у животных и у человека — операция вполне переносимая. В виду того, что огромная малярийная селезенка представляет собою слишком тягостную для больных опухоль живота, а с другой стороны она является непригодной для борьбы с инфекцией, — она и может быть удалена, если внутреннее лечение бесплодно, а ухудшение общего состояния может быть задержано кровавой операцией, — тем более, что, по *Lavegaп'у*, именно в малярийной селезенке главным образом и происходит размножение плазмодиев. Наиболее опасной формой малярийной спленомегалии является блуждающая селезенка. Само собой разумеется, что случайные травмы такого органа и скручивание сосудов последнего надо считать жизненным показанием к операции.

В зависимости от формы малярийной спленомегалии клиническая картина ее бывает крайне разнообразна. При этом клинические симптомы болезни зависят не столько от величины органа, сколько от степени его подвижности или от сращений с соседними частями. Прежде всего увеличенная малярийная селезенка оказывает тягостное давление на желудок и ведет к уменьшению его емкости, а также вызывает ряд рефлекторных явлений, обуславливающих расстройства пищеварения. Давление на диафрагму сказывается изменением нормального дыхания. Огромная опухоль, растущая в полость живота, может, затем, настолько нарушить равновесие тела, что больной приобретает походку беременной женщины. Больные, изнуренные хронической малярийной инфекцией, часто испытывают, далее, при

спленомегалии сильнейшие боли в животе, иногда иррадиирующие (в руку или в ногу). Благодаря давлению на кишечник, возникают расстройства его отправления. Давление на матку или на пузырь дает рефлекторные специальные симптомы. При давлении на крупные нервы брюшной полости боли принимают характер нестерпимого страдания. Понятно, что работоспособность малярика сильно падает. Нередко такие больные бросаются в глаза своим кахектическим видом. Все эти симптомы, особенно болевые, значительно усиливаются при подвижной селезенке.

Блуждающая селезенка обычно встречается у рожавших женщин. Смещается она сначала в левую подвздошную область, затем в малый таз или в правую подвздошную яму, имея *punctum fixum* в а. соегиаса. При смещении она срастается с брюшными органами или остается подвижной. Свободная селезенка легко прощупывается через выданные брюшные покровы; иногда удавалось даже ощупать биеение селезеночной артерии. Орган характеризуется своим передним, с вырезками, краем. Подвижность селезенки иногда бывает настолько велика, что ее можно совершенно свободно двигать во все стороны живота и ставить передним краем кверху, как это наблюдали некоторые авторы, напр., В. И. Разумовский и я в своем случае. В анамнезе больных почти всегда имеются указания на лихорадочные приступы, на специфическое лечение, или на проживание в малярийной местности. Содержание гемоглобина в крови у таких больных обыкновенно бывает понижено, равно и число красных кровяных шариков. В своих случаях я находил плазмодиев. Боли в животе зависят от давления на соседние органы или объясняются растяжением связей селезенки, либо подергиванием сращений с диафрагмой, с желудком и пр. При давлении на крупные сосуды возникают застойные явления. Работоспособность малярика с подвижной селезенкой падает скорее, чем в случаях с неподвижной гипертрофической селезенкой, кахексия прогрессирует быстрее, и больные отличаются желтым, землистым цветом лица. При скручивании сосудов селезенки, развившемся остро, возникают явления раздражения брюшины: частый, слабый пульс, сильная боль в животе, метеоризм, рвота. Иногда явления эти напоминают картину кишечной непроходимости или перекручивания ножки овариальной кисты. При хронической форме скручивания селезеночных сосудов процесс может протекать без припадков. При скручивании сосудов селезенки может развиваться тромбоз их с некрозом органа, а при переходе процесса на мезентериальные сосуды некроз поражает и кишечник. Случайные травмы малярийной селезенки, помимо разрыва органа, могут обусловить развитие кровяных кист (Копылов).

Теперь скажу несколько слов о показаниях к оперативному лечению малярийных спленомегалий, причем приведу мнения наиболее компетентных в этом вопросе хирургов. Самые широкие показания к удалению малярийной селезенки ставит Joppesso на основании своего богатого опыта (40 случаев спленэктомий по поводу малярии до 1901 года). Joppesso считает оперативное лечение всегда показанным даже при высоких стадиях кахексии, раз внутреннее лечение остается без успеха. Противопоказаниями для операции румынский хирург считает тяжелые изменения внутренних органов (легких, печени, почек), плохое общее состояние и обширные сращения селезенки с соседними органами. Так же, повидимому, смотрит на дело и Финкельштейн, побивший, пожалуй, рекорд по части спленэктомий при малярии (101 сл.).

Итальянские хирурги, наоборот, значительно суживают круг показаний к спленэктомии при малярии и считают возможным оперировать только подвижные селезенки, если последние, особенно в форме блуждающего органа, крайне тягостны для больных. Кроме того при последней форме малярийной спленомегалии операция носит еще и профилактический характер, избавляя больного от опасных последствий скручивания селезеночных сосудов. При неподвижной гипертрофической малярийной спленомегалии, в виду обширных, мощных, богатых сосудами сращений, особенно с желудком, диафрагмой и поджелудочной железой, итальянские хирурги советуют воздерживаться от операции в виду крайней опасности ее для жизни больного. Опасность эта, помимо удаления огромного, переполненного кровью органа, кроется еще в значительной кровопотере при разрыве сращений. Самое наложение лигатур вблизи стенки желудка может повести к тромбозу сосудов последнего. Иногда трудно избежать ранения поджелудочной железы, а последнее может повести к роковым последствиям. Известно, что хронической малярии свойственна склонность к кровотечениям, и некоторые больные после удаления селезенки погибали от кровотечений, напр., кишечных (Remedi). Итальянский хирург Solieri говорит, что предпринимать спленэктомию по поводу простой неподвижной селезенки при малярии в большинстве случаев ошибочно, и хирург в этом впоследствии горько раскаивается. И Solieri прав, как я убедился на собственном опыте, потеряв больного вскоре после удаления колоссальной неподвижной селезенки. Спленэктомия, по Solieri, показана только при подвижной малярийной селезенке, когда опухоль тягостна для больного, причем важно иметь в виду уровень дислокации органа: верхний полюс смещенной селезенки

должен находиться в ближайшем соседстве, или несколько выше, или у самого реберного края, или тотчас под ним.

Новые статистики вполне подтверждают приведенный взгляд итальянского хирурга. Так, смертность при широких показаниях к спленэктомии у Jonnesco равна 30%. Статистика 1901 года Févriér дает 18%—20% смертности, причем в нее входят и случаи Jonnesco. Johnston в 1908 году дает общую цифру смертности 20,4%, а для случаев, собранных в 1900 году, 13,1%. Гораздо более благоприятны исходы при удалении подвижной селезенки: общая цифра смертности здесь, по Johnston'у, равна лишь 6%.

Резюмируя показания к удалению малярийной селезенки, можно установить следующие основные положения:

1) Хирургическому лечению подлежат только такие случаи хронического кахектического периода болезни, когда огромная спленомегалия причиняет больному тяжкие страдания, причем опухоль должна быть относительно подвижной, или блуждающим органом, при условии безуспешности внутреннего лечения.

2) Операция всегда показана при разрывах селезенки от случайных травм и обязательна при скручивании сосудов селезенки.

3) При малоподвижной и неподвижной селезенке показуется главным образом пробная лапаротомия, т. к. есть наблюдения, что общее состояние у больных после нее улучшалось, и объем селезенки уменьшался (Remédi).

Хирургическое лечение в настоящее время почти исключительно сводится к спленэктомии. Другие операции, предлагавшиеся с целью уменьшения органа, оставлены, как крайне опасные. Сюда принадлежат перевязка селезеночных сосудов с целью вызвать атрофию органа (Clement-Lucas) и exosplenorexia по Jaboulay. Последняя операция, по данным Quénu, на 21 случай дала 16 смертельных исходов, что составляет 75% смертности. Splenorexia, в виду тяжести и объема малярийной селезенки, не применяется. Таким образом единственным целесообразным способом хирургического лечения малярийных спленомегалий является спленэктомия.

Теперь я перейду к доступам, обеспечивающим широкое обнажение малярийной селезенки. Доступ к последней достигается путем чревосечения. Наружный разрез стенки живота большинство хирургов (Jonnesco, Michailowsky, Парабанов, Sollieri) проводит по l. alba. Remédi советует парамедианный разрез. Auchau, говоря о доступе к нормальной селезенке, указывает, что срединный разрез в большинстве случаев достаточен; однако, нередко бывает необходимо дополнять его вторым косым

разрезом, параллельным левому реберному краю. Таким двойным разрезом передне-боковой стенки пользовались многие хирурги, напр., Dérbet, Eigenbrodt, Peyrot, Riegner, Démoulin и др. Léjars, как известно, предложил свой разрез, следуя методу Lannelongue'a, причем он начинает его на уровне пупка или ниже последнего, ведет вертикально вверх по краю прямой мышцы живота до реберной дуги, где, закругляя угол, переходит на грудную стенку через VIII реберный хрящ и далее ведет его по VIII промежутку до l. axillaris ant. Разрез по краю m. recti производится прежде всего в верхней его половине. На грудной стенке рассекается m. obliquus abdominis ext. После вскрытия брюшной полости у края реберной дуги перерезается начало внутренней косой и поперечной мышц, наружная часть m. obliqui abdom. ext. отделяется от грудной стенки, и кожно-мышечный лоскут отбрасывается в сторону. Далее резецируются хрящи, т. е. перерезается VIII реберный хрящ в уровне кожного разреза, левой рукой захватывается край реберной дуги, от последней отделяется начало диафрагмы, затем пересекаются VIII, IX и X хрящи у самой кости. Получается обширный доступ с огромной травмой, т. е. дважды пересекаются VIII, IX и X межреберные нервы. Копылов пользовался способом Lejars'a, видоизменив его таким образом, что к отвесному разрезу, проведенному по наружному краю прямой мышцы левой стороны, он добавлял от середины его влево еще поперечный разрез стенки живота. Наконец, Рарагоаппон рекомендует срединный разрез с добавочным поперечным влево от его нижнего конца, т. е. обычный угловой разрез.

Таким образом существуют три типа разрезов брюшной стенки с целью удаления малярийной селезенки: 1) разрезы отвесные, 2) комбинированные и 3) разрезы по типу операции Lejars'a. Bardenheuer предложил отвесный разрез в передней части поясничной области специально для спленопексии, идущий вниз от XII ребра. Последний разрез не применяется с целью удаления малярийной селезенки. На основании личного опыта я стою за срединный разрез или по l. alba, или парамедианный, как наиболее целесообразные с анатомической точки зрения. Однако, принимая во внимание колоссальные размеры малярийной селезенки, сращения и дислокацию органа, приходится прибегать к разрезам дополнительным. Так, в моем случае удаления огромной селезенки, сращенной с диафрагмой, срединный разрез один давал недостаточно простора.

На трупах мне давал хороший доступ к селезенке следующий разрез, в форме горизонтально лежащей в левой половине живота буквы г: разрез начинается ниже или на уровне пупка с левой

стороны, от наружного края левой прямой мышцы, восходит выпуклостью к *linea mediana* вверх близ края последней до VIII реберного хряща, где продолжается ниже на палец реберного края, загибаясь вогнутостью вверх и кзади, и достигает угла пересечения VIII ребра с *m. sacro-spinalis*. В разрезе от начала до VIII реберного хряща кожа с подкожной клетчаткой отпрепаровывается влево, и обнажается влагалище прямой мышцы. Влагалище это вскрывается, и край мышцы освобождается и оттягивается кнутри. Далее под реберной дугой рассекаются сами широкие мышцы живота; и вскрывается брюшная полость, причем под XII ребром можно попасть спинальные нервы. Для большего простора в пижней половине можно еще перерезать заднюю пластинку влагалища *m. testis* и рассечь брюшину. С анатомической точки зрения следовало бы, при употреблении углового разреза, вести его, слегка дугообразно приподнимая левый конец вверх и следуя, таким образом, по ходу межреберных и поясничных нервов, с целью сохранения их.

Вот те небольшие коррективы, которые я вношу в технику рассечения брюшной стенки при удалении малярийной селезенки. Самое производство операции всего лучше вести, перевязывая прежде всего сосуды селезенки, а затем уже отделяя орган от сращений. Обратный образ действия крайне опасен и в моем случае сопровождался разрывом селезеночной вены и огромным кровотечением. Последнее быстро было остановлено, но больной погиб, несомненно от слишком сильной кровопотери.

Заканчивая свое сообщение, приведу свой случай, кратко упомянувши, что у больного с невыясненной спленомегалией, наблюдавшегося мною совместно с д-ром Н. В. Соболевым, мы ограничились только пробной лапаротомией, так как налицо оказались обширные сращения с диафрагмой и желудком.

В 1913 году в Гагринскую больницу поступила абхазка из селения Очемчир Нина Б., 21 года. Больная — вдова, много лет страдала малярией. Лечилась хинином, но мало и неаккуратно. До поступления в больницу приблизительно за год стала ощущать подвижную опухоль в животе. причинявшую тягостные ощущения и сильные боли иррадиирующего характера. При осмотре обнаружено, что Б. правильного сложения, умеренного питания, малокровна. Брюшной пресс ослаблен, рубцы беременности. Внутренние органы в порядке за исключением увеличенной и смещенной селезенки. Последняя ясно ощущалась, особенно по переднему своему краю, где отчетливо замечалась вырезка. Наощупь селезенка плотна, довольно гладка, в лежачем положении помещается в области пупка и несколько ниже. Подвижность органа была чрезвычайна: его легко можно было отеснить в нормальное положение и ставить вертикально передним краем кверху. В крови плазмодии. Операция произве-

дена под хлороформом. Разрез по l. alba над опухолью. В лапаротомической ране предлежала селезенка. Сосуды ее легко были изолированы и перерезаны между лигатурами. Срошений нигде не оказалось, и селезенка, весом около 2000 гр., легко была удалена. Рана зашита послойно. Prima. На 15-й день больная покинула больницу.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Березнеговский. Р. Хир., 1909.—2) Michelsson. Erg. der Chir., 1913.—3) Remedi. Centalbl. f. Ch., 1907.—4) Orsos. Arch. f. path. Anat., 1909.—5) Solieri. Arch. f. Chir., 1910.—6) Adelman. Arch. f. Chir., Bd 96.—7) Jonnesco. Revue de chir., 1900.—8) Leonté. Revue de chir., 1901.—9) Subbotic. Deut. Zeitschrift f. Chir., Bd. 54.—10) Michailowsky. Revue de chir., 1900, 22.—11) Финкельштейн. Рус. Хир. Архив, 1909; Нов. Хир. Архив, 1923, № 10.—12) Παραϊοαννον. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 70.—13) Heineke. Bruns-Garré-Küttner's Handbuch, Bd. V, 1913.—14) Auvray. Gaz. d. hôp., 1901, № 46.—15) Корылов. Ar. f. klin. Chir., 101, 1913.—16) Мельников. Нов. Хир. Архив, 1921, кн. I.

Оперативный метод лечения туберкулезного спондилита.

В. Е. Гальцева (Симбирск).

После того, как в 90-х годах XVIII ст. стала известна патология костного туберкулеза, было установлено, что покой заболевшего сустава является существенным фактором в борьбе с туберкулезом. Но, если последнее можно легко приложить вообще к суставам, то в частности для позвоночника, а силу его особого положения, применение покоя сопряжено с большими затруднениями. Выдерживая на себе тяжесть костного и мышечного скелета, больные позвонки находятся все время в состоянии раздражения, компрессии, и в конце концов, уступая нагрузке, тела позвонков могут сплюснуться до размеров пластинки той или иной толщины. А так как в большинстве случаев задняя часть позвоночника в процессе не участвует, то остановка болезненного процесса сопровождается резким изменением конфигурации позвоночника. Вследствие вышеуказанных причин и лечение туберкулезного поражения позвоночника пришлось обособить и найти для него особые методы. Здесь пришлось идти в двух направлениях: заботиться о разгрузке пораженного участка и о возможности ограничить рост горба.

Этим двум условиям в большинстве случаев удовлетворяет хорошо разработанный консервативный метод, — различные кровати, корсеты, ортопедические приборы. Но беда в том, что этот метод требует довольно продолжительного времени, заставляя больных проводить в стесняющих грудную клетку положениях целые годы. Условия, в которых находится при этом грудная клетка, нельзя назвать идеальными, а самая продолжительность такого лечения часто не всем бывает доступна по социальным соображениям. Последние причины — с одной стороны и явления со стороны нервной системы, иногда не исчезающие при консервативном лечении, — с другой, заставили научную мысль работать в ином направлении, более активном.

В 1897 году французский хирург Calot выступил с предложением излечивать горбы с полным распрямлением их при помощи

насиленного разгибания. Как не имеющий под собой твердой базы, способ этот быстро сошел со сцены. Вслед за этим появляется ряд авторов со своими предложениями, основанными на патолого-анатомических данных. Толчком к этому послужило изучение препаратов спондилитиков, где было видно, что делает сама природа для самовсцеления процесса. Оказывается, что прежде всего организм старается образовать анкилоз суставов в области пораженных тел позвонков. Кроме того, на передней поверхности позвоночника образуется ряд костных подпорок с окостенением продольной связки. Крайне интересно, что остефицирующий процесс происходит не только в области поражения, но и в окрестности, захватывая, например, заднюю сторону — дужки и остистые отростки. Целый ряд авторов (Brakett, Hössly, Турнер и др.) подчеркивает образование окостенения на задней стороне позвоночника, придавая этому обстоятельству огромное значение. Турнер прямо говорит, что эти сращения служат для „запирания позвоночных суставов“.

Благодаря этому факту, внимание хирургов направляется по тому пути, чтобы пойти навстречу самой природе и ускорить искусственно образование костной спайки на задней стороне позвоночника. Это казалось тем более заманчивым, что место для активного вмешательства находится далеко от очага поражения. (Общий принцип всех предложений в этом направлении заключается в том, что стараются исключить пораженный сегмент позвоночника от всякой нагрузки, передавая ее на здоровые позвонки. Раз эта цель будет достигнута, у нас налицо уже будут условия, благоприятные для излечения основного процесса.

Первой попыткой в этом направлении нужно считать случай французского хирурга Chirault, который в 1893 г. связал соответствующее количество остистых отростков серебряной проволокой в виде восьмерки. Случай этот, однако, не дал положительного результата. Спустя 15 лет, немецкий хирург Lange для фиксации остистых отростков употребил два металлических стержня, поместив их по обе стороны отростков и укрепив их сверху нитями; через 2 года больной, подвергшийся операции, считал себя совершенно здоровым. Несмотря на ободряющий успех в этом случае, метод Lange не получил распространения.

Вскоре затем, в 1911 г., на сцену выступает американская школа ортопедов, предложивших остеопластический метод укрепления остистых отростков. Так, Hibbs предложил надламывать отростки у основания и накладывать их черепицеобразно друг на друга; благодаря этому, он получает на месте оперативного вмешательства сплошную костную спайку на желаемом расстоянии. Вслед за ним

его же соотечественник Albee предложил свой способ, ход операции при котором позволю себе описать подробнее.

Больной кладется на живот. Делается овальный продольный разрез через кожу и апоневроз с тем расчетом, чтобы концы разреза обнажали по крайней мере по два остистых отростка выше и ниже пораженных позвонков. Лоскут, состоящий из кожи и апоневроза, откидывается вместе с хрящевой частью отростков при помощи надрезывания последних ножом. После этого отростки продольно рассекаются, и в образованную щель вставляется костная пластинка, взятая из большеберцовой кости вместе с надкостницей. Длина пластинки должна соответствовать обнаженным отросткам, ширина—около $1-1\frac{1}{2}$ см. и толщина—около $\frac{1}{2}$ см. Пластика укрепляется при помощи нитей, проведенных через мышцы и межостистые промежутки. Послеоперационное лечение заключается в лежании пациентов на животе в течение 8 недель, после чего больным разрешается сначала сидеть, потом ходить без всяких приспособлений и только в исключительных случаях при помощи временных корсетов.

Этот метод повлек за собой появление модификаций, из которых можно указать на видоизменения Henle-Whitman'a и Halsted'a. Первые два автора почти одновременно предложили укреплять отростки при помощи двух костных пластинок, расположенных по обе стороны отростков, причем длинные мышцы спины отодвигаются тупым путем. Halsted же подходит к основанию остистых отростков, скалывая их у основания таким образом, что получается лоскут, содержащий кожу, апоневроз, мышцы и остистые отростки; на обнаженное основание он кладет продольную костную пластинку и ставит лоскут на свое место.

Заслуживает внимание также предложение Kugh'a и Tuffier, которые при поражении верхних шейных позвонков укрепляют пластинку одним концом в расщеп отростков, а другим—в углубление, сделанное в затылочной кости.

Если имеется ряд предложений оперативного вмешательства, то естественно возникает мысль отдать предпочтение какому-нибудь одному из них. Таким и является метод Albee. Операции Hibbs'a и Halsted'a сопряжены с сильной травмой тканей и кровотечением. Что касается способа Henle-Whitman'a, то, несмотря на кровоточивость, его все-таки приходится применять при резко выраженном кифозе, т. е. в тех случаях, где пластинку по Albee было бы очень трудно приложить. Благодаря своей простоте и оправданию возлагаемых на него надежд, метод Albee завоевал прочное место в лечении туберкулезных спондилитов. Но, прежде чем получить широкое распространение в Америке и Европе,

он, как остеопластический способ, был подвергнут критике с разных сторон.

Прежде всего возникал вопрос, какую роль играет пересаженная пластинка в обростании костной спайки, и не рассасывается ли она. С ответом на это выступает Hössly, доказывающий, что пластинка действительно дает опору позвоночнику, несмотря на то, что в ней одновременно происходят два процесса: рассасывающий и новообразовательный. Кость долгое время остается крепкой и выдерживает большую нагрузку. Розе (Харьков) удалось проследить изменения в позвоночнике на месте бывшей операции у больного, спустя четыре недели. На препарате нельзя было различить границ между пересаженной пластинкой и раненой поверхностью позвонков,—имелась сплошная однобразная молодая костная ткань. Его же опыты на собаках показали, что мозоль растет в виде четок, соответственно отросткам, распространяясь по костному трансплантату на межкостистые промежутки и утолщая трансплантат в 3—4 раза. Что касается другого возражения, может ли пластинка предупредить образование кифоза, и как крепка получаемая спайка, то на это дают ответ эксперименты Hössly. Одной серии собак он просто удалял через брюшную полость часть тела позвонков, другой же серии эту процедуру он производил после операции Albee. У первых животных получался, как правило, кифоз от 16° до 36°, у вторых позвоночник оставался без образования угла. Крепость же полученной костной спайки автор испытывал следующим образом: у препарата, имеющего таковую, он выпиливал тело позвонка, укреплял его вертикально и производил нагрузку сверху. Препарат выдерживал груз в 40 кило. Прочность этой спайки подтверждается также и клиническими наблюдениями: у Розе одна из последних пациенток носит тяжести на спине до 5 пуд., у Шамова пациенты поднимают с земли тяжести в 1—3 пуда.

Следующий вопрос, требующий разъяснения, состоит в том, как отразится связывание целого ряда позвонков (у Корнева 11) в одну целую спайку на функции позвоночника. Vulpius, делаясь своими наблюдениями, заявляет, что позвонки, лежащие выше и ниже связанных, приобретают усиленную подвижность, чем и компенсируют известным образом движения позвоночника.

Одно время Nussbaum опубликовал свои наблюдения над молодыми собаками, оперированными по Albee. Первоначально он, было, заявил, что у них отмечаются задержка роста и образование лордоза; но впоследствии, когда он исследовал позвоночник собаки, спустя 6 лет после операции, то не нашел никакого лордоза и взял свое заявление обратно. Это же подтверждается случаем

Шамова, где в течение 6 лет после операции у ребенка не отмечалось никаких отклонений от нормы.

Заграничные хирурги вообще довольно широко применяют оперативный метод лечения туберкулезного спондилита. Там можно встретить хирургов, насчитывающие число операций этого рода сотнями (Albee, Vulpius, Hibbs и др.). При этом все авторы сходятся на том, что после операции происходит прочная костная ссаяка, допускающая иногда носить большие тяжести. Суб'ективное состояние больных резко улучшается, многие из них возвращаются к своим прежним занятиям. Отдаленные результаты операции были прослежены—у Debrunner'a—в течение 2 лет, у Görges'a—3 г., у Thomsen'a—до 5 л. Имеются, далее, попытки придать разброанному в настоящее время оперативному материалу некоторые статистические формы. Так, Шамову удалось собрать 1009 заграничных случаев, о которых имеются следующие данные:

О П Е Р А Т О Р Ы.	Число случаев.	Клиническ. выздоровл.	Улучшение.	Неудача.	Смерть.
Albee.	198	92%	—	—	—
Forrel	158	90%	—	—	—
Henderson.	81	42%	45,2%	—	—
Görges.	60	70%	—	—	—
Debrunner.	53	39,6%	26,4%	—	—
Brands.	29	48%	13,7%	—	—
Сборн. стат.					
Wolcott'a.	642	—	83%	12%	5%

На все 1009 случаев Шамов вычисляет количество случаев непосредственной смерти от операции в 0,6% и смерти, наступившей через более или менее продолжительный промежуток,—в 70%. Очень жаль, что вследствие недостаточных сведений нельзя указать точно процент улучшений, неудач и смертей. Последующие случаи смерти в большинстве являются следствием дальнейшего развития процесса в позвоночнике или легких.

В России оперативный метод лечения спондилитов применялся также многими хирургами (Корнев, Шамов, Вреден, Федо-

ров, Греков и др.). Имеющиеся цифры распределяются таким образом:

О П Е Р А Т О Р Ы.	В о з р а с т.	Число слу- чаев.	Клинич. выздоровл.	Улучшение.	Неудача.	Смерть.
Ш а м о в.	От 3 до 56 л.	58	50%	21%	10%	19%
К о р н е в.	Свыше 5 л.	39	200%	65%	12,5%	2,5%
Обуховск. больн. (Гре- ков 17 сл., Петра- шевская 12 сл., Ге- ссе—1 сл.).	От 7 до 45 л.	30	13%	63%	7%	17%
Наши случаи.	От 2 л. до 42 л.	20	—	60%	40%	—

Эти цифры неравноценны в смысле срока наблюдения. Наиболее исчерпывающий материал представляют случаи Шамова. По Albee он оперировал 22 сл. (1 вторично), по Henle-Whitman'у—22 сл. и по Halsted'у—15 сл. Самое большое число связанных позвонков достигало 11. Значительный кифоз с нарушением статики в его материале имел место в 32% случаях (9 больных совершенно не ходили), натечники отмечались в 34%, легочный процесс верхушек имелся в 39%, наконец, полный паралич нижних конечностей—в 17%. Лечение натечников им производилось большею частью после фиксации, произведенной оперативным путем, с выскабливанием пиогенной оболочки и зашиванием раны наглухо. В 5 случаях пластинка частично секвестрировалась и в одном была вынута совсем, причем здесь все же получилось выздоровление. Случаи клинического выздоровления были прослежены от 1 до 7 лет. Между прочим, среди своих хороших результатов Ш а м о в сообщает, что один офицер, спустя год после операции, вернулся снова на фронт и участвовал в рискованных конных разведках. Во втором случае красноармеец после операции был призван в Красную армию, где прослужил 1 г. и 3 м., а по возвращении домой занялся хлебопашеством, поднимая повр. мечам тяжести до 2 х пудов.

Если сравнивать полученную Шамовым смертность с приведенными заграничными статистиками, то процент ее окажется слишком велик. Но это можно объяснить тяжестью случаев Шамова. Так, у Wolcott'a натечные абсцессы встречались в 40%, у Шамова же—в 36%, а параличи—в 2% против 17%. В 2 случаях Шамова смерть последовала непосредственно за операцией: вследствие нечаянного надреза дужки позвонка (по Hal-

sted'y) в одном случае был придавлен спинной мозг, и большой погиб через $1\frac{1}{2}$ м.; второй погиб от остеомиелита голени, откуда была взята пластинка. В 3 случаях, далее, смерть последовала от обострения в легких, в 3—от продолжения процесса в позвоночнике, в остальных—от случайных причин, спустя продолжительное время.

Корнев оперировал в 118 случаях,—повидимому, большей частью по Albee, так как вскользь отмечает, что лишь в 6 случаях им была применена операция по Halsted'y. Но более или менее подробно автор сообщает лишь о 39 своих случаях, обещая о прочих сообщить дополнительно в специальной работе. Его больные имели натечники в $22\frac{0}{0}$, параличи нижних конечностей и тазовых органов—в $10\frac{0}{0}$. Влияние операции на параличи сказывалось очень скоро,—от 3 до 4 дней. Только в двух случаях параличи остались в том же положении, в остальных же было определенное улучшение. Самое большее количество пораженных позвонков было 8, так что пришлось связать 14 остистых отростков. Некоторых больных автор наблюдал течение года.

Петрашевская, приводя случаи Обуховской больницы, оперированные по Albee, не указывает срока наблюдения за больными и констатирует лишь то состояние, в котором больные были выписаны. Разбирая метод операции, она соглашается с проф. Турнером, что в верхних грудных позвонках пластинка не сможет удержать разрушенные позвонки, т. к. центр тяжести находится впереди. Поэтому она считает, что в данном случае метод Albee неприменим, и лучше прибегнуть к модификации хотя-бы Hensle-Whitman'a.

Наш собственный материал очень скромный: всего у нас оперировано было 25 случаев (Левит—12 сл., Гальцев—11, Емельянов—1, Мизулин—1), причем пятеро оперированных находятся еще на излечении. К сожалению, почти все больные по выписке уходили из-под нашего наблюдения; поэтому, приводя те или другие цифры, мы показывали лишь то состояние, в котором больные уходили. Если-бы мы могли проследить их течение такого же срока, как это посчастливилось другим авторам, то и цифры наши, может быть, изменились бы.

Из наших больных было в возрасте: от 2 до 16 лет—16 чел., от 17 до 42 лет—8 чел. Область поражения обнимала один из верхних грудных позвонков (до VII включ.)—в 6 сл., один из нижних (с VIII позв.)—в 13, один из поясничных—в 5 сл. Из осложнений нужно отметить 5 параличей нижних конечностей, жесткое дыхание в легочных верхушках—в 4 сл. и натечник—в 1 сл.

Приступая к применению оперативного метода осенью 1921 года, мы не имели подробной литературы, а знали только принцип операции Albee — укрепление отростков при помощи костной пластинки, и вклинивали пластинку сбоку остистых отростков, отодвигая мышцы. И только случайно нами было сделано 2 случая по оригиналу. В последующем оказалось, что такое отступление было предложено в виде особой модификации Ryerson'ом. Таким образом у нас было сделано: по Ryerson'у — 10 операций, по Albee — 13 и по Henle-Whitman'у — 2.

Послеоперационное течение проходило без осложнений; только в одном случае нагноились швы, а во втором образовалась гематома, которую пришлось проколоть. Что касается субъективных ощущений, то у большинства оперированных боль в ноге, из которой была взята пластинка, держалась на несколько дней дольше, чем в спине. В остальном больные быстро свыкались со своим положением, несмотря на то, что в 80% это были дети. Все больные держались нами на животе в течение 8 недель, после чего постепенно им разрешалось сидеть и ходить. При этом большинство больных не чувствовало тех болей, которые они имели в спине до операции. Вскоре больные выписывались. За удовлетворительный результат мы считали наличие сплошной костной спайки, возможность ходить, не сгибаясь, и безболезненность в спине даже при поколачивании. Такие результаты мы получили в 60%. К неудачным мы отнесли: 4 случая параличей, оставшихся без изменений, 2 случая увеличивающихся кифозов с жалобой на боль в области их и один случай с оставшимися значительными болями вокруг грудной клетки, — всего, значит, 40% случаев.

Если сопоставить нашу рубрику неудач с такой же рубрикой наших соотечественников, то бросается в глаза, что у нас она больше в $3\frac{1}{2}$ — 4 раза. Однако это нельзя ставить в минус самому методу, так как здесь существует целый ряд причин, устранив которые, мы внесли-бы большой корректив в наши цифры. У нас, напр., большое влияние на число неудач оказала наличие значительного количества параличей (30%). Кроме того у нас не работал Röntgen, и естественно, что, не зная точно количества пораженных позвонков, мы могли допустить ошибку, связав недостаточное количество их. Отсутствие Röntgen'a вынуждало нас отмечать, напр., в историях болезни: „поражен V—VII позв.“, „VIII—IX позв.“ и т. д. Затем мы не проделывали у своих больных предварительно консервативного лечения, как то делали вышеприведенные авторы. Шамоу, Корнев, Петрашевская подчеркивают, что перед операцией необходимо в течение до 4 месяцев

подвергать больных вытяжению, наложению корсета или другим мероприятиям вместе с усиленным питанием. Добившись этим путем исчезновения болей, иногда даже исчезновения параличей и некоторой редрессации позвоночника, — они полученный результат уже старались закрепить операциями.

Несмотря на кажущуюся убедительность благоприятного результата оперативного лечения, подтвержденную большими цифрами, среди клиницистов нет еще полного единогласия по данному вопросу. Так, Braket, исследовав при помощи Röntgen'a 163 сл., оперированных разными авторами, нашел, что операция дает не патолого-анатомическое излечение, а только клиническое, и что она сама по себе не может остановить развития кифоза. Наоборот, Görges, приводя 60 случаев, полагает, что операция как раз предупреждает образование кифоза и останавливает его от дальнейшего увеличения. У нас Турнер отстаивает положение, что анкилоз, полученный от сращения остистых отростков, совершенно недостаточен для разгрузки позвоночника; Розе утверждает, что нельзя оперировать при парезах и параличах нижних конечностей; Вреден считает противопоказанием к операции натечники и т. д.

Такой глубоко интересный вопрос, какой представляет собой оперативный метод фиксации позвоночника, дебатировался на XV Съезде Росс. Хирургов. Прения сосредоточивались главным образом около метода Albee. Судя по краткому отчету, сторонниками операции оказались: Шамов, Корнев, Греков, Оппель, Голыницкий и Гайко, подходящими с осторожностью к вопросу — Миротворцев и Сепявина, наконец, против операции высказались Турнер и Дмитриев.

Несмотря на существующие возражения, цифры как самого Albee, так и других хирургов, выражающиеся уже сотнями, говорят сами за себя. Опираясь на них, хирурги могут рассчитывать, что в этой операции они найдут большее подспорье в смысле лечения туберкулезного спондилита.

Суммируя все, полученные до сих пор, данные, можно позволить себе сделать следующие выводы: 1) операция при соблюдении асептики проста и безопасна (на 1009 сл. 0,6% непоср. смерти); заживление получается, как правило, первичным натяжением; 2) возраст играет не большую роль, чем при других операциях; 3) операция не излечивает спондилита радикально, а создает „живой корсет“, который не нужно менять, и который создает благоприятные условия для окончательной остановки процесса; 4) клиническое выздоровление получается в 60—80%, причем больные иногда могут вернуться к своим прежним занятиям; 5) перед операцией больные

должны лечиться консервативно; 6) определение количества пораженных позвонков должно непременно производиться R o e n t g e n'ом; 7) после операции необходимо накладывать корсет месяца на $1\frac{1}{2}$ —2 с советом, чтобы в течение долгого времени выписываемые считали себя больными и не позволяли себе непосильной работы; 8) парезы, параличи и ватечники не являются противопоказанием и часто после операции исчезают; 9) не подлежат операции резко истощенные больные с далеко зашедшим легочным процессом или с ватечниками в области поражения.

ЛИТЕРАТУРА.

Ш а м о в. Оперативная фиксация позвоночника при туберкулезном спондилите. (Нов. Хир. Архив. №№ 7 и 8).—К о р н е в. Лечение туберкулезного спондилита в связи с операцией A l b e e. (Сб. научных трудов в честь 50-летия проф. Н е ч а е в а, т. II).—П е т р а ш е в с к а я. Операция A l b e e при туберкулезе позвоночника (Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. II).

Клинические наблюдения над действием инъекций скипидара при воспалительных заболеваниях женской половой сферы.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей).

Ассистента Ю. А. Лейбчика.

Целый ряд авторов и исследователей, начиная с 1916 г., применял с успехом т. наз. протейновую терапию, именно, в виде парентерального введения молока, при различных воспалительных заболеваниях маточных придатков, при маточных кровотечениях и для повышения секреции молока у рожениц. У последних с этой целью проводилась, между прочим, аутолактотерапия, которая дала Lohrне, введшему ее, успешные результаты, а Duplan'y, Meyer'y и Kirstein'y—менее благоприятные.

В дальнейшем, кроме молока, в гинекологическую практику входит в употребление казеозан, предложенный Lindberg'ом и испытанный с успехом, в особенности при внутривенном его применении, для лечения послеродовых заболеваний, параметритов и опухолей придатков (Jaschke, Mack и Gieszen). Далее, с целью избегания тяжелых общих явлений, нередко наблюдавшихся после инъекций цельного молока, а также для исключения побочного действия таких его компонентов, каковы, напр., жир и соли,—был введен новый препарат, аолап,—обезжиренное и обессоленное молоко,—нашедший себе довольно широкое распространение. Наконец, с начала 1918 г. в литературе появляются многочисленные сообщения о лечении гинекологических заболеваний внутримышечными инъекциями 20—25% раствора скипидара в масле и его видовизменений, как терпихия, повотерпен и др.

Введение в практику впрыскиваний скипидара принадлежит Klingmüller'y, предложившему их с терапевтической целью при различных воспалительных заболеваниях кожи, нагноениях и особенно трихофитиях; но еще ранее, в 1916 г., скипидар, как

переносчик кислорода, служил Weichardt'y для опытов протеинотерапии, хотя и не удавшихся из-за отсутствия подходящего препарата. Целью всех авторов, применявших инъекции скипидара, было воздействовать на организм не чужеродным белком, вводимым извне, а белком собственным, отщепляющимся и всасывающимся на месте впрыскивания скипидара вследствие повреждения ткани. Однако применение инъекций скипидара в гинекологии и оценка результатов его действия, по имеющимся в литературе данным, представляются довольно разпорочивыми. Так, P. Hinz, наблюдения которого обвиняют 105 случаев, в громадном большинстве случаев получал при этом лечении быстрое и почти совершенное рассасывание воспалительных опухолей и экссудатов (надо при этом заметить, что, помимо инъекций, Hinz применял и обычные методы лечения, в особенности при гонорройных заболеваниях). Kleeman, применив с успехом новотерпен в 62 случаях аднексита, наблюдал, кроме того, при этом лечении быстрое исчезновение меноррагий и раздражения брюшины. По Fuchs'y (30 случ.) внутримышечные инъекции скипидара в свежих случаях устранили боли, быстро останавливают кровотечения и уменьшают в объеме воспалительные опухоли; метод показан также и при гонорройных поражениях придатков и часто может быть проводим амбулаторно. Sonnenfeld в 58 случаях аднекситов гонорройного и негонорройного происхождения получил хороший эффект, причем в 6 случаях лечение производилось впрыскиваниями 25% раствора *ol. therebinthinae*, а в остальных 52 случаях автор лечил терпихином — смесью скипидара с хивинном и анестезином в *ol. clivatum*; отрицательные результаты наблюдались им лишь в случаях туберкулезного поражения придатков. Лечение терпихином также с успехом было испытано W. Schwarz'em в 20 случаях аднексита, периметрита и инфильтратов в заднем Douglas'овом кармане. О благоприятных результатах скипидарных инъекций сообщают также Zorppitz, Gröpper, Baureisen и Hartog, а из русских авторов Бубличенко (25 случ.) и Черепашин (33 случ.). Напротив, Hellendal, Krebs, Kronnenberg, Rankow и Hermstein (в 30 случ. пuerперального сепсиса), применяя скипидар, наблюдали в некоторых случаях, после кажущегося полного излечения, рецидивы, или же не получили никаких результатов, почему и приходят к выводу, что лечение скипидаром не представляет особых преимуществ.

Техника впрыскиваний скипидара у всех перечисленных авторов в общем одинакова: инъекции производятся помощью тонкой, длинной иглы в точку по *lin. axillaris post.*, на 2—3 поп. пальца

ниже *crista ossis ilei*, причем большинство авторов производит впрыскивания внутримышечно или на поверхность надкостницы, некоторые же, как *Hinze*, *Hermstein* и др., — субпериостально. Каждый раз впрыскивается от 0,2 к. с. до 1,5—2,0 к. с. с промежутком в 3—5 дней.

К клиническим наблюдениям над действием инъекций скипидара при гинекологических заболеваниях мы приступили в январе 1922 г. При этом вначале лечению подвергались лишь те случаи, в которых нам, в течение определенного времени, или совершенно не удавалось добиться успеха обычными методами лечения, или же результат лечения был ничтожный. В дальнейшем лечение скипидаром стало предприниматься уже с самого начала.

Всем больным, подлежащим лечению, вначале предоставлялся полный покой в течение 2—3 дней и более, чтобы до некоторой степени исключить лечебное влияние самого покоя и клинической обстановки, а затем в продолжении всего периода наблюдения никакого местного лечения не применялось, кроме обычных гигиенических мер. Далее, по мере накопления у нас опыта и запаса наблюдений, часть стационарных больных стала переводиться на амбулаторное лечение, а другая проходила таковое исключительно амбулаторно.

Практиковавшееся нами вначале измерение t° через 3 часа оказалось излишним, и у большинства больных, наравне с другими стационарными больными, t° измерялась 2 раза в день. Кроме того у всех стационарных больных, лечившихся инъекциями, и части амбулаторных производилось исследование мочи на присутствие белка перед и после каждой инъекции и по несколько раз в течение промежутка между ними. Под конец нашей работы, с организацией при Отделении собственной лаборатории, мы получили возможность производить также исследования у больных крови.

Все больные исследовались бимануально перед каждой инъекцией и в промежутках между ними. Почти все они прошли под контролем заведующего Отделением проф. А. И. Тимофеева. Для впрыскиваний мною употреблялся подогретый до t° тела 25 $^{\circ}$ / $_{10}$ раствор *ol. therebinthinae rectif.* в прованском масле, причем сначала в нашем распоряжении был скипидар немецких фабрик, затем небольшое количество французского, а в настоящее время мы пользуемся простым французским скипидаром, любезно очищенным нам в Химико-Биологическом Институте ТНКЗ (проф. Бенинг).

Особенной разницы в действии различных препаратов скипидара нам подметить не удалось, хотя как будто наибольшая болезненность во время впрыскивания и в первые дни после него на

месте укола была при употреблении немецкого препарата. По Кравкову, для опытов и наблюдений следует брать какой-либо один скипидар, так как очищенные скипидары, в зависимости от очистки, представляют смесь различных терпенов формулы $C_{10}H_{16}$ и, смотря по происхождению, несколько отличаются друг от друга по точке кипения, удельному весу и по вращению плоскости поляризации. Однако, мы позволяем себе думать, что меньший % местных реакций, имевший у нас место в дальнейшем, нужно отнести за счет улучшения нашей техники и видоизменения дозировки, о чем речь будет ниже. Инъекции мы производили, применяя общепринятую технику, т. е. избегая по возможности равить надкостницу, так как местная реакция нередко была сильнее в тех случаях, где последняя повреждалась.

Что касается дозировки, то вначале мы брали от 0,2 до 0,3 к. с., в зависимости от сущности и давности процесса и от конституции больной, а затем, при повторных инъекциях, производившихся с промежутками от 3 до 4 дней, увеличивали дозу каждой последующей инъекции обычно на 0,1 к. с., в редких случаях — на 0,2 к. с., а иногда пробовали, но без заметного успеха, применять повторно и одну и ту же дозу. Таким образом мы доходили в некоторых случаях до 0,9—1,0 к. с. *pro dosi*.

Проведя около 20 случаев лечения скипидаром, мы могли определенно констатировать, что наибольший эффект давали нам первые 2—3 выпрыскивания, и именно небольших доз скипидара, а затем процесс улучшения в пораженной области или совершенно приостанавливался, или же протекал очень вяло. Кроме того нам нередко приходилось наблюдать, главным образом после больших доз, начиная от 0,6—0,7 к. с., весьма резкое набухание сократившейся, было, вначале матки и уменьшившихся придатков, — правда, через некоторое время, после покоя или дополнительных инъекций, часто почти совершенно исчезающее. У нас создалось определенное впечатление, что от инъекций скипидара весь организм получает какой-то толчок, раздражение, которое в особенности сказывается на клетках больных, в области поражения (т. наз. очаговая реакция), причем самочувствие и общее состояние больных значительно улучшаются. Однако, эта *Leistungssteigerung*, по выражению Weichardta, видимо, идет за счет резервных био и физикохимических сил клеточной субстанции и потому, естественно, должна иметь свой предел.

Наблюдения эти нашли себе подтверждение в экспериментальных работах Казанских авторов — Малкина, Борока и Вольтера, работавших с казенном и молоком. Полученные

всеми тремя авторами результаты сходны в том отношении, что согласно всем им малые дозы белка повышают активность ферментативных процессов и вызывают нарастание иммунных тел, большие же дозы протеина действуют угнетающим образом на эти процессы и вообще на весь организм.

Отсюда мы пришли к мысли производить инъекции скипидара в малых дозах, от 0,2 до 0,5 к. с., в числе не более 3—4, с промежутками в 3—4 дня, возобновляя их, в случае надобности, после перерыва в 1—2 недели, во время которого организм больной мог бы прийти в состояние равновесия, из коего он был выведен. Применяя повторные курсы инъекций скипидара, мы уже а priori думали, что опасаться явлений анафилаксии нам нечего, так как при лечении скипидаром всасывается и действует собственный белок, отщепляющийся в тканях, вследствие их повреждения на месте впрыскивания (Klingmüller), т. е., по терминологии Esch'a, здесь имеет место эндогенная протеинотерапия, в противоположность экзогенной, где вводится чужеродный белок, нередко дающий анафилаксию (v. Jaschke, Linding, Talge, Mack, van Randenborg, Steringer, Oppenheim, проф. Стерипуло, Ашкинази-Сватикова, Бутомо, Сладкова).

И действительно, проведя описанным образом 60 случаев лечения малыми дозами, в том числе в 16 случаях по 2 курса, в 4 случаях—по 3 и, наконец, в 1 сл.—4 курса, мы ни разу не имели не только явлений анафилаксии, но даже какой-либо другой реакции, которая превышала бы, напр., уже имевшуюся, если таковая была при предыдущем курсе. Кроме того, с тех пор, как мы отказались от больших доз, нами ни разу не наблюдались ни сильная местная реакция, ни боли во время самого укола, ни хромота в течение нескольких дней, имевшая место у некоторых больных раньше.

Всего мы применили лечение внутримышечными инъекциями скипидара у 75 больных, из коих 48 лечилось стационарно, 15—сначала стационарно, потом амбулаторно и 12—с самого начала амбулаторно. Из числа этих больных 57 страдали аднекситами, 4—воспалительными опухолями придатков, 9—пери-параметритами и 3—периметритом; затем мы имели 1 случай инфильтрата после правосторонней трубной беременности, леченной консервативно, и 1 случай инфильтрата в культе широчной связки после ампутации придатков с нагноением в клетчатке и под апоневрозом при разрезе Pfannestiel'a.

Приведенные нами 57 случаев аднекситов в свою очередь могут быть подразделены на 4 группы: в одну могут быть отне-

сены 20 случаев аднекситов без экссудата, в другую—12 случаев аднекситов с периаднекситическим экссудатом, в третью—19 случаев аднекситов с кровотечениями, но без экссудата, и в четвертую—6 случаев аднекситов с кровотечениями и экссудатом.

Среди случаев I группы были аднекситы острые, подострые и хронические, адгезивного характера, как односторонние, так и двусторонние, с увеличением яичника до величины большого куриного яйца, причем в 3 случаях аднекситы были гонорройной природы. В конечном итоге полное клиническое выздоровление наступило в 6 сл. этой группы (30%), значительное улучшение—также в 6 (30%), некоторое улучшение—в 4 (20%), временный успех—в 2 (10%), и без результата осталось лечение тоже в 2 сл. (10%). Количество инъекций колебалось здесь от 1 до 10. Лечение осталось незаконченным в 2 случаях. Наилучшие результаты в данной группе давали нам случаи более свежего воспаления.

В II группе мы имели 12 случаев подострых и хронических аднекситов с одно-и двухсторонними периаднекситическими экссудатами размером от гусиного яйца до величины $1\frac{1}{2}$ —2 кулаков. При лечении заболеваний данной группы мы получили определенно хорошие результаты, причем в некоторых случаях (4) мы видели очень быстрое рассасывание экссудатов и воспалительных опухолей придатков, которые как-бы таяли, так что в конце концов придатки представлялись почти нормальной величины и подвижности. Из этих случаев полное клиническое выздоровление мы наблюдали в 7 случаях (58%), значительное улучшение—в 4 (33%) и некоторое улучшение—в 1 (8%). Не закончено было лечение в 2 случаях данной группы. Больные получили от 1 до 3 курсов, течение которых общее число инъекций колебалось от 4 до 15.

Особенно хорошие результаты получили мы от лечения инъекциями в III группе, обнимающей 19 случаев хронических и подострых дву-и односторонних аднекситов с кровотечениями. В большинстве случаев больные этого рода поступали на лечение скинпидаром лишь после того, как обычная терапия не приносила им пользы. В 6 случаях, напр., больные кровоточили от 3 недель до $1\frac{1}{2}$, 2 и даже 3 месяцев. Из 19 случаев этой группы в 17 (89%) мы получили полное клиническое выздоровление, с быстрой остановкой кровотечений, улучшением общего состояния и внешнего вида больных. Затем в 1 случае получилось значительное улучшение, и лишь в 1 случае *adnexitidis bilateralis chronicae* после 3 инъекций мы не получили остановки кровотечения и вынуждены были прибегнуть к внутриматочным впрыскиваниям по Г р а м м а т и к а т и. Обычно для остановки кровотечения достаточно было

maximum 3-х инъекций (3 случая), но в 10 случаях остановка кровотечения наступила уже после 1-й инъекции (большую частью на 2-ой день после нее) и в 5—после 2-ой. Зависимость эффекта от дозировки представляется в следующем виде: кровотечения останавливались после инъекции 0,2 к. с.—в 8 случаях, 0,3—в 5, 0,4—в 3, 0,45—в 1 и 0,25—также в 1.

Хороших результатов мы добились также и в 6 случаях IV группы, где имели место подострые и хронические дву и односторонние аднекситы с кровотечениями и периаднекситическими экссудатами размером от большого куриного яйца до кулака и более. Во всех этих случаях также получилась иногда постепенная, иногда же быстрая остановка кровотечения (maximum после 3 инъекций) с рассасыванием экссудата и уменьшением придатков. Клиническое выздоровление отмечено в 2 случаях этой группы (33%), значительное улучшение—в 3 (50%) и временный успех—в 1 (16%), где больная уехала, не закончив лечения.

Во всех вышеприведенных случаях с кровотечениями, а также и в других, нами могло быть констатировано сильное сокращение матки, что совпадает с подобными же наблюдениями Meyer'a, Бутото и др. Некоторые авторы, допуская возможную роль сокращения матки в остановке кровотечений после инъекций скипидара, большую часть этого эффекта относят, однако, за счет получающегося при парентеральном введении белка повышения свертываемости крови; но в данном отношении необходимо отметить отсутствие указаний со стороны авторов, что в случаях, бывших в их распоряжении, кровотечения возникли именно на почве пониженной свертываемости крови. Другие авторы (Esch) приписывают протеинам стимулирующее действие на железы внутренней секреции, в частности на яичник; кроме того, указывается на раздражение симпатической нервной системы (Seiffert). Не отрицая роли всех этих факторов, мы позволяем себе думать, что суть кровоостанавливающего действия инъекций скипидара главным образом зависит от лечебного влияния их на воспалительный процесс в яичниках, причем уменьшается раздражение гормонального аппарата яичника, т. е. устраняется дисфункция или гиперфункция последнего. Особенно вероятным является такое объяснение для тех случаев, где кровотечение останавливается постепенно, после нескольких инъекций. Случаи же быстрой остановки кровотечений, видимо, нужно отнести за счет раздражения симпатической нервной системы; как известно, Adler и Cristofoletti доказали, что повышение тонуса автономной нервной системы вызывает гиперэмию слизистой оболочки матки и маточные кровотечения, раздра-

жение же симпатической нервной системы, наоборот, ведет к стойкой аменорее.

Из 4 случаев воспалительных опухолей придатков (сактосальпингсов), среди которых в 1 случае был *tumor bilateralis* и в 3—*unilateralis*, в 2 мы получили значительное улучшение, в 1 улучшение и в 1—временный успех. В первых 2 случаях данной группы впрыскивания скипидада были предприняты нами в качестве предварительной меры перед операцией, для которой больные и поступили в Отделение; однако после лечения, в виду значительного улучшения общего состояния больных с урегулированием б.зпокоивших их ранее болезненных и обильных менструаций, наши пациентки от операции отказались.

Из 8 случаев пери-параметритов в 3 мы получили выздоровление, в 4—значительное улучшение, в 1—временный успех (лечение здесь было прекращено вследствие нарастания в моче Селка—до 60/00 по *Essbach's*у), и в 1 случае лечение осталось безрезультатным.

Из 3 случаев периметрита (из них 1 острый и 2 подострых) полный эффект был получен в 1 случае, значительное улучшение—также в 1, и, наконец, в 1 случае, где лечение не было закончено, результатом его было заметное улучшение. В отношении двух последних групп мы должны отметить, что параметритические экссудаты и инфильтраты поддавались лечению и исчезали значительно быстрее, нежели периметритические, что особенно заметно было в случаях смешанных.

Наконец, из последних 2 случаев в одном мы наблюдали полное рассасывание кровоизлияний после леченной консервативно правосторонней трубной беременности, а в другом, где образовался послеоперационный инфильтрат в культе широкой связки, и развилось нагноение в разрезе *Pfannenstiel's* с образованием переднего пельвеоэпидидимита, после длительного лечения (2 курса, 11 инъекций) нам все-таки удалось добиться исчезновения инфильтратов, более быстрого заживления раны и улучшения состояния придатков.

Суммируя наши наблюдения, мы можем сказать, что полное клиническое выздоровление мы получили в 38 случаях, что составит 52%, значительное улучшение—в 21 (28%), улучшение—в 7 (9%), временный успех—в 5 (7%), и без результата лечение осталось в 4 случаях (5%). Всего нами было произведено 375 инъекций, причем больные проделали 1610 дней лечения,— в среднем 21,4 дня на каждую больную. Наименьшая длительность лечения было 4 дня, наибольшая—81 день.

Общую реакцию мы наблюдали всего 3 раза (4⁰/₀), причем тяжелую—только в одном случае, где она была сочетана с резкой местной реакцией.

Температурная реакция наблюдалась нами 10 раз (13⁰/₀), причем максимум t° был 39,0°, в вышеуказанном тяжелом случае, а в одном t° поднималась каждый раз после ин'екции, падая до начала следующей. Никакой зависимости между эффектом от ин'екций и температурной реакцией установить нам не удалось.

Местная реакция отмечена нами в 46 случаях (61⁰/₀), причем нерезкую красноту и припухлость мы видели в 3 случаях (4⁰/₀) и в 1 случае—образование небольшого абсцесса в месте укола, (между прочим, в этом последнем случае у нас получился очень хороший лечебный эффект). Резкую местную реакцию в течение 1—2 дней мы наблюдали всего в 6 случаях (8⁰/₀).

Далее, ясно выраженная очаговая реакция имела место у нас лишь в 25 случаях (33⁰/₀), причем важно отметить, что субъективное проявление реакции с объективно констатируемым набуханием болезненного очага большей частью наблюдалось на другой день после ин'екции (отрицательная фаза), в течение же дальнейшего курса лечения резкое набухание стойкого характера, которое удавалось ликвидировать дальнейшими впрыскиваниями, мы встретили 8 раз (10⁰/₀). Обострение процесса в болезненном очаге обычно сказывалось некоторой болезненностью, покалыванием, чувством жара и т. д.; наоборот, в тех случаях, где до ин'екции имелись резкие боли вследствие раздражения брюшины, больные отмечали после ин'екций поразительное уменьшение болезненности с улучшением общего самочувствия. Это улучшение общего самочувствия имело место у 49 наших больных.

Что касается белей, то обычно они уменьшались и по большей части к концу лечения принимали характер слизистых. Лишь в 2 случаях, для купирования усилившихся выделений, нам пришлось прибегнуть к спринцеваниям. Интересно отметить, что в 1 случае гонорройного поражения после 2-ой ин'екции гонококки исчезли из цервикального секрета, и более констатировать их нам не пришлось.

Менструальная функция, в смысле устранения меноррагий, налаживалась у многих больных чрезвычайно хорошо; менструации становились правильными и безболезненными. Одна больная, напр., страдавшая упорными меноррагиями (через 2 недели по 10—14 дней) и получившая у нас до лечения скипидаром 60 ин'екций по Г р а м м а т и к и, давших ей лишь временное облегчение, после 7 ин'екций скипидара, за 2 курса, стала носить menses по 3—4 дня с промежутками в 4 недели.

Мне не хотелось бы также обойти молчанием интересного факта, что в некоторых случаях без экссудатов матка, казавшаяся ранее фиксированной и не поддававшаяся выправлению, после 2—3 ин'екций становилась подвижной и выправимой. Возможно, что здесь играли роль улучшение воспалительных явлений и общего состояния и связанное с этим уменьшение спазма мускулатуры крестцово-маточных связок. Во всяком случае указанным обстоятельством, мне кажется, можно было-бы пользоваться, предпосылая лечению массажем трудных случаев фиксированной ретрофлексии 2—3 ин'екции скипидара.

Белок в моче мы обнаружили в 9 случаях ($12^0/0$), большую часть в небольшом количестве или в виде скоропреходящих следов; исключение представляла лишь упомянутая выше больная, где лечение было прервано из-за нарастания белка до $6^0/00$ по Es-sbach'u.

Исследование крови было произведено нами только у 10 больных. У 5 из них были прослежены только изменения в количестве лейкоцитов (в счетной камере Türk'a) под влиянием ин'екций, у других же 5, кроме того, были сделаны наблюдения и над изменением лейкоцитарной формулы (по Schilling'u). Результаты этих немногочисленных наблюдений мало чем отличаются от полученных другими авторами, за исключением разве лишь того, что в 6 случаях мы получили уменьшение количества лейкоцитов уже через 15 минут после впрыскивания. Мы наблюдали также увеличение количества лимфоцитов до $38^0/0$ за счет зрелых нейтрофилов, т. е. сдвиг формулы Arneeth'a влево, и именно в тех случаях, которые клинически протекали весьма благоприятно.

Заканчивая свое сообщение, я укажу, что в настоящее время мы применяем метод лечения малыми дозами с перерывами, в течение которых мы назначаем горячие спринцевания, тампоны, синий свет и другие термо-физические процедуры, избегая их во время периода ин'екций из опасения нарушить или помешать правильному течению т. наз. двухфазной реакции. Мы все таки еще очень мало знаем о сущности действия парэнтерально введенного белка, так как ни одна из предложенных до сих пор теорий в действительности не может сб'яснить всей суммы накопившихся фактов и наблюдений. Наши скромные клинические наблюдения не дают нам, конечно, права высказываться в пользу той или иной теории. Однако, нашему повиманию всего ближе теория, предложенная Seifert'ом, который думает, что Proteinkörpertherapie есть, собственно говоря, Zellulärtherapie с тройным действием белка на клетки организма: 1) органотропным в широком смысле слова (дей-

коцитоз, выработка антител, раздражение симпатической нервной системы), 2) раздражающим больные клетки и 3) изменяющим коллоидно-химическое состояние их.

В частности, в отношении скипидара мы полагаем, что помимо его действия, как эндогенного протейнового раздражителя, в лечебном его влиянии на болезненный очаг, по всей вероятности, известную роль играют и химико-фармацевтические его свойства.

Сравнивая результаты работ со скипидаром с одной стороны, молоком и другими протейнами—с другой, в которых сообщается о нередко наблюдавшихся тяжелых общих явлениях, с высокой t° , проливными потами и т. д. (Сладкова, Кустов и др.), мы вполне присоединяемся к мнению Sonnenfeld'a, отдающего предпочтение ol. therebinthini, как препарату, действующему более нежно и, что очень важно, не требующего перед его применением никакой обработки, какой требует молоко.

Выгодную сторону разбираемой терапии составляет и то, что в подходящих случаях она может широко применяться в амбулаторной практике, в особенности у крестьянок, работниц и служащих женщин, которые, с одной стороны, по условиям жизни и по роду своей деятельности не могут уделять слишком много времени для обычных методов консервативного лечения, а с другой—нуждаются в скорейшем восстановлении своей трудоспособности с наименьшей затратой времени и средств.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Klingmüller. D. med. Woch., 1917, S. 1295.—2) P. Hinz. Zbl. f. Gyn., 1920, № 28.—3) Hellendal. Zbl. f. Gyn., 1920, № 28; 1921, № 52.—4) Sonnenfeld. Berlin. klin. Woch., 1920, № 30; Zentr. f. Gyn., 1921, № 19.—5) W. Schwarz. D. med. Woch., 1921, № 52.—6) A. Fuchs. Zbl. f. Gyn., 1920, №№ 2, 10, 28.—7) Weichardt. Ref. D. med. Woch., 1917, S. 950.—8) Kropfenberg. Hermstein. Hartog. Ref. Гин. Акуш., 1922, № 2—3.—9) Цейтлин А. Я. Гин. и Акуш., 1922, № 1.—10) Любарский В. А. Клинич. Медицина, 1921, № 3.—11) Проф. С. И. Златогоров и пр.-доц. А. В. Лавринович. Вакцинотерапия и протеинотерапия. Харьков, 1923. 2 изд.—12) Бубличенко. Медицинский Журн., 1922, № 5.—13) Черепяхин Г. К. Гинек. и Акуш., 1922, № 6.—14) Бутомо В. Г. Ibidem.—15) Кустов А. Н. Ibidem.—16) Сладкова А. И. Медич. Журн., 1922, № 8—9.—17) Esch. Zbl. f. Gyn., 1920, № 31; реф. Медич. Журн., 1920, т. I, № 1.—18) Малкин З. И. Каз. Мед. Журн., 1922, № 1.—19) Вольтер В. А. Медич. Журн., 1922, № 8—9.—20) Борок М. Р. Каз. Мед. Журн., 1923, № 2.—21) Проф. Стериопуло С. С. Медич. Газета, 1922, №№ 2—3.—22) Ашкинази-Сватикова. Арх. Клин. и Эксп. Мед., 1922, № 1.

К клинике *distrophiae adiposo-genitalis* в детском возрасте *).

Ассистента В. Н. Воробьева.

Нет нужды подробно доказывать, какое громадное значение представляет для врача-педиатра, имеющего дело, главным образом, с растущим, развивающимся детским организмом, знакомство с физиологией желез внутренней секреции. Однако, надо сознаться, именно эта область остается до сих пор далеко неполно изученной. В особенно трудных для изучения условиях находится мозговой придаток, на долю которого, видимо, природа возложила громадную задачу в развитии и жизни организма, с большой тщательностью укрыв этот орган в ложе турецкого седла. Такое расположение гипофиза, понятно, ставит экспериментатора в крайне невыгодное положение, так как для достижения мозгового придатка становится необходимою значительная травма, безразличная для опытного животного. Тем не менее, благодаря длительным наблюдениям, патолого-анатомическим вскрытиям и экспериментам как с удалением гипофиза, так и с введением его экстракта, стало известным, что мозговой придаток является безусловно необходимым для жизни органом, причем на каждую из составных его частей (*pars anterior*, *p. intermedia*, *p. posterior*), надо думать, возложена определенная задача, что подтверждается различием морфологического строения каждой части. Опыты показали, что полное удаление мозгового придатка неминуемо влечет за собой гибель животного, причем молодые и взрослые животные реагируют на эту операцию далеко неодинаково: тогда как растущие животные (котята, щенки) остаются в живых в течение 2—3 недель, взрослые гибнут уже через 2—3 дня после операции (Biedl).

Полное удаление задней доли мозгового придатка не убивает животного, которое остается жить в течение нескольких месяцев.

*) Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете.

У него отмечают, однако, после этого расстройства в углеводном обмене веществ, а именно, вначале—понижение ассимилирования углеводов и временная глюкозурия, а затем—резкое повышение усвоения сахара. Играет-ли в данном случае исключительную роль *pars posterior hypophysis*, или имеет значение одновременное удаление и *partis intermediae*,—не выяснено (Biedl).

Совершенно иную картину дают опыты с экстирпацией передней доли мозгового придатка: можно считать установленным, что экстирпация этой доли у растущих организмов дает определенную картину заболевания, которое сказывается задержкой роста скелета, остановкой развития половых органов, запоздалым половым развитием и нарушением обмена веществ, характеризующимся избыточным отложением жира в определенных местах.

Наблюдения целого ряда авторов (Biedl, Aschner, Ascoli и Legnani и др.) над экстирпацией гипофиза у молодых животных дали, в общем, сходные результаты. Так, опыты Aschner'a с удалением гипофиза у молодых щенят вызвали ожирение, изменение роста волос, кожи и зубов, задержку роста костей, при остающихся открытыми эпифизарных швах, и гипоплазию половых органов. Такое состояние опытного животного резко выделяло его по виду от особей того же помета.

В опытах Ascoli и Legnani полное удаление придатка мозга вызвало смерть в 2—3 дня, при неполном же продолжительность жизни животных (щенят) зависела от величины удаляемой части. У оставшихся в живых щенят было отмечено резкое отставание роста скелета, которое характеризовалось уменьшением процессов оссификации и дентификации и сохранением эпифизарных швов. Кости становились беднее известью, меньше и слабее. Диафизы костей казались более слабыми и тонкими, тогда как эпифизы—несравненно шире и как-бы свисали. Под влиянием таких изменений в костях наступали уродства, искривление тонких костей и самопроизвольные переломы. Вместе с тем постоянно наблюдалась резкая задержка развития половых органов, которые сохраняли рудиментарный вид.

Benedict и Nomans в своих опытах над молодыми животными также получили остановку роста, сохранение детского типа, задержку половой зрелости, наклонность к отложению жира, изменение кожи и волос.

В своем классическом труде о внутренней секреции проф. Biedl говорит, что выпадение функций гипофиза у молодых животных вызвало глубокие расстройства: сильное отставание роста и веса сравнительно с контрольными животными, укорочение черепа

(особенно морды), сохранение молочных зубов, гипсплазию половых частей, аномальный рост волос, сильное отложение жира, понижение температуры тела, изменение характера, понижение электро-возбудимости и болюощущения, более вялые движения и меньшую понятливость, иногда полиурию.

Таким образом опыты с удалением гипофиза подтверждают важное значение последнего для организма и имеют своим последствием заболевание, вполне сходное по своей клинической картине с известным симптомокомплексом, описанным в 1901 г. Fröhlich'ом. Это заболевание Fröhlich поставил в причинную связь с нарушением функции мозгового придатка.

Дальнейшими работами Bartels'a, Biedl'a, Madelung'a и др. наблюдение Fröhlich'a было подтверждено, и для данного симптомокомплекса были предложены различные названия, из которых наиболее употребительными и общеизвестными являются термины *distrophia adiposo-genitalis* и *adipositas hypophysaria* (Даркшевич). В основе этого заболевания лежит пониженная функция придатка мозга — *hypopituitarismus*, последний же является большею частью результатом или поражения самой железы, напр., каким-либо новообразованием, или сдавливания ее растущей опухолью, расположенной где-либо по соседству. Гораздо более редкими условиями, благоприятствующими развитию *adipositas hypophysaria*, служат травма и головная водянка.

Зная, как часто наблюдаются травмы черепа в детском возрасте, и как нередко встречается у детей головная водянка — с одной стороны, и сопоставляя, с другой стороны, сравнительную редкость *distrophiae adiposo genitalis*, — невольно приходишь к предположению, не играет ли в этиологии данного страдания роль наследственности. В этом отношении уместно будет сослаться на одну из гипотез, предложенную проф. Бехтеревым и разбираемую Штефко в его статье „Явления наследственности и новейшие попытки их объяснения“. Излагая роль гипофиза для организма, Штефко говорит: „Быть может, благодаря химическому изменению, происходящему в организме вследствие выпадения функции некоторых частей (зон) гипофиза, в половой материи происходят соответствующие молекулярные изменения, влекущие за собой рождение вевормального потомства“.

Распознавание начальных стадий *distrophiae adiposo-genitalis* в раннем периоде детства представляется весьма затруднительным. Трудность диагностики объясняется прежде всего медленным течением болезни, а затем — общеизвестным фактом, что общая отсталость в развитии может зависеть от нарушения функции и других

желез, напр., щитовидной, зубной, надпочечников, поджелудочной, половых и т. д.; остановка в развитии может также обуславливаться и другими неблагоприятными моментами, напр., конституциональными заболеваниями, инфекциями, расстройствами питания и пр. В качестве опознавательных точек при дифференцировании отсталости *Szegny* рекомендует руководствоваться состоянием развития скелета: слабо развитый скелет у ребенка говорит за гипофункцию эндокринных желез, тогда как хорошо выраженный скелет при задержке развития организма говорит об инфекциях, расстройствах питания и проч.

Если мы сравнительно редко встречаем в литературе сообщения о случаях гипофункции мозгового придатка, то это объясняется, прежде всего, указанной трудностью постановки диагноза в раннем периоде детства, а с другой стороны, очевидно, дети, страдающие подобными дефектами в архитектуре своего организма, обладают резко пониженной сопротивляемостью и гибнут на первом же году жизни (*Szegny*).

Первым симптомом проявления гипофизарной ожирелости в детском возрасте, заставляющим обратить на себя внимание окружающих, является обычно резкая задержка роста ребенка. Исследование х-лучами обнаруживает те или иные изменения *sellae turcicae*, утолщение эпифизарных концов длинных костей и угончение самих диафизов. Затем все более и более выступают как субъективные симптомы, в виде общего недомогания, головных болей, головокружений, тошноты и проч., так и объективные изменения в форме избыточного отложения жира в подкожной клетчатке, особенно в нижней части живота, на лобке, в области груди, седалища и бедер. Появляются, далее, сухость и бледность кожи, ломкость волос, хрупкость ногтей, часто субнормальная температура тела, иногда замедление пульса, полидипсия, полиурия, нередко отмечаются также сонливость и понижение интеллекта. С возрастом ребенка, особенно в переходный период от детства к юношеству, все резче выявляется постоянный спутник гипофизарной дистрофии — недоразвитие полового аппарата, *hypogenitalismus*. Гениталии сохраняют свой детский характер: у мальчиков *penis* имеет весьма малые размеры, *testes* остаются величиной в малый боб, *libido* и *erectio* — отсутствуют, *Genitalia* у девочек остаются также недоразвитыми, менструации у них не наступают, растительность волос в области лобка и под мышками отсутствует (*Даркшевич*).

Ограничиваясь этими краткими данными относительно клинической картины гипофизарной ожирелости у детей, позволю себе сообщить прослеженный мною случай этого заболевания.

Георгий М., 8 л., поступил в Детскую Клинику Казанского Университета 9/III 1921 г. по поводу отсталости в росте и развитии психики. По сообщению матери ребенок родился в срок. Роды были повторные; тем не менее они были настолько тяжелы и продолжительны, что потребовали помощи врача. Лицо ролившегося ребенка было сильно отечным, причем отечность эта держалась долго (роды в лицевом предлежании?).

Втечении первых 2 месяцев ребенок питался исключительно материнским молоком, а потом, за недостатком такового, начал получать прикорм из коровьего молока и овсяного отвара с прибавлением солодового экстракта. в возрасте же 4-х мес. был переведен исключительно на искусственное вскармливание. Зубы у него прорезались 1 года, начал ходить около 3-х лет, перенес рахит (с явлением *craniotabes*'a)—с 2-мес. возраста, дизентерию—4 мес. и коклюш—7 лет.

Родители ребенка—родственники (троюродные брат и сестра). Духовных больных среди родственников не было. Отрицаются также алкоголизм и *lues*. Отец нашего больного страдал какими то сердечными припадками, был крайне раздражителен, вспыльчив и упрям, *lues*'a не имел, алкоголиком не был. Мать имела 4 беременности, в том числе два выкидыша; один из ролившихся в срок детей погиб 9-ти лет от дизентерии, другой—наш больной. Беременность последним протекала при весьма неблагоприятных условиях душевного состояния и физическом недомогании. *Lues*'a у матери не было, отмечается нерезко выраженная *struma* и легкие симптомы *morb. Basedowi*.

Дома наш больной большею частью занят игрой в куклы или стряпней. Посещая занятия в детском саду, он и здесь проявляет постоянную общительность с девочками и боязнь общества мальчиков. Сторонится от активного участия в играх, но таковые воспроизводит по возвращении домой. Охотно посещает церковную службу, но стесняется быть замеченным дома во время молитвы Любит слушать, когда ему читают, но не пересказывает прочитанного, хотя на предложенные из прочитанного вопросы дает осмысленные ответы. Месяц тому назад начал знакомиться с азбукой, знает несколько букв, умеет их писать и рисует.

Объективное исследование больного дает следующее: рост—87 сант., общая фигура—неуклюжая; форма черепа—четыреугольная, с выдающимися лобными и теменными буграми. Röntgen'овские снимки, любезно сделанные проф. П. А. Глушковым, показывают, что кости черепной крыши весьма тонки, турецкое седло значительно расширено. Лоб—покатый, затылок не выдается. Размеры лица по сравнению с черепной коробкой кажутся малыми. Какой-либо асимметрии в лице не замечается. Подбородок не выдается вперед, нос небольшой, седлообразной формы. Глаза голубые, не выдаются из орбит, ресницы и брови редкие. Уши несколько оттопырены, мочки не приросли к щеке, скулы широкие и немного выдаются, рот малый, губы не толсты. Измерение роста, черепа, лица, туловища и конечностей и сопоставление с размерами здорового ребенка того же возраста дали следующие результаты:

	У больного.	У здорового ребенка того же возр.
Рост	87 сант.	130 сант.
Вес	14.200 гр.	19.750 гр.
Высота над полом:		
а) наружного слухового отверстия	74 сант.	117 сант.
б) VII шейного позвонка	69,5 "	108 "
в) плечевой вершины	67 "	106 "
г) верхнего края вырезки грудины	68 "	104 "
д) верхнего края лобкового сочленения	39 "	62 "
е) конца среднего пальца руки	28,5 "	47 "
ж) внутренней лодыжки	4 "	7 "
Голова и лицо.		
1) Окружность головы	54,2 "	51,5 "
2) Передне-задний размер	16,5 "	17 "
3) Наибольший поперечный размер	15 "	13,2 "
4) Вертикальный обхват головы	11 "	12 "
5) Расстояние между сосцевидн. отростками	10,5 "	10 "
6) Высота головы	14,5 "	14 "
7) Высота лба	7 "	7 "
8) Длина лица	7 "	9 "
9) Наибольшая ширина лица	11 "	10,5 "
10) Наибольшее расстояние между внешн. углами глазниц	8 "	8,5 "
11) Наибольшее расстояние между внутр. углами глазниц	3 "	3 "
12) Продольный размер глазниц	2,5 "	3 "
13) Поперечный " "	2 "	2,5 "
14) Длина носа	3,5 "	3 "
15) Ширина " "	3,5 "	3,5 "
16) Длина уха	6 "	6 "
17) Ширина уха	3,5 "	3 "
18) Наибольшее расстояние между углами нижней челюсти	9,2 "	9,5 "
Туловище.		
1) Ширина плеч	20 "	28,5 "
2) Длина туловища	26 "	37 "
3) Наибольш. попер. размер грудн. клетки	17 "	20 "
4) Передне-задний размер грудн. клетки	12 "	19,5 "
5) Окружность грудной клетки	55 "	62 "
6) " " " при глуб. вздохе	57 "	65,5 "
7) " " " " " выдохе	56 "	62 "
8) Длина грудины	12 "	13 "
9) Расстоян. от мечев. отрост. до лонн. сочл.	13,5 "	31 "
10) " между гребешками подвзд. костей	15 "	20,5 "
11) " " вертелами бедер	17,5 "	21,5 "
Конечности.		
1) Длина плеча	17 "	26 "
2) " предплечья	15 "	19 "
3) " кисти всей	5 "	6,5 "
4) " средн. пальца	6 "	6,5 "
5) " бедра	21 "	31 "
6) " голени	20 "	36 "
7) " ступни	15 "	21 "

Надо думать, что первопричиной остановки роста у нашего больного послужила пониженная функция мозгового придатка, а как вторичные явления, здесь выступили изменения со стороны половых органов, т. н. гипогенитализм. Как гипопитуитаризм, так и гипогенитализм весьма резко замедляют рост организма, причем, возможно, значение гипогенитализма для роста сказывается гораздо рельефнее в случаях нарушения секреции гипофиза.

Заслуживают внимания в данном случае и изменения со стороны щитовидной железы. Как уже было отмечено, она прощупывалась только в правой своей доле, в виде плотного образования величиной с малый лесной орех. Из внешних признаков нарушения функции щитовидной железы у нашего больного наблюдались скудная растительность и сухость волос на голове, сухость кожи, известная поастозность, свойственная микседеме, и сравнительно низкое расположение пупка. Все эти данные указывают на наличие симптомокомплекса гипотиреоза. Одновременное существование картины последнего с картиной гипопитуитаризма на первый взгляд казалось бы некоторым противоречием, так как известна компенсаторная деятельность гипофиза и щитовидной железы, а потому, естественно следовало бы ожидать встретить, при недостаточности функции гипофиза, гипертрофию *gl. thyreoidae*. Однако в литературе имеются сообщения, свидетельствующие обратное, а именно, где такой заместительности не оказывалось. Таково напр., наблюдение Коснерга, где удаление зоба повело к дегенеративному процессу в гипофизе. Schönmeyr также доказывает, что при зобах происходят дегенеративные изменения в мозговом придатке, и пр. Во всяком случае надо думать, что гипотиреоз в данном случае был явлением вторичным, возникшим на почве нарушения секреторной деятельности гипофиза, ибо, если бы поражение щитовидной железы лежало в основе данного заболевания, то оно повело бы, несомненно, к развитию совершенно иной клинической картины (дало бы резкую микседему).

То обстоятельство, что состояние здоровья данного ребенка, его психическое развитие и соматическая сторона были до известной степени удовлетворительны, позволяет думать, что действовавший здесь этиологический момент был выражен нерезко. Кроме того, очевидно, в организме нашего больного работал какой-либо орган внутренней секреции, который стремился загладить существовавшие дефекты. Наиболее вероятным будет считать таким органом надпочечники, которые, как известно, являются возбудителями симпатической нервной системы.

К вопросу о половой жизни мужской молодежи (по данным одной анкеты).

С. Я. Голосовкера.

(Доложено на Научном Заседании Врачей Казанского Клинического Института).

Половая жизнь относится к числу интимнейших сторон человеческой жизни. О ней можно судить по всей современной культуре,—нити ее видны везде. Первые выстрелы пережитой войны были направлены в семью, разрушена была видимая патриархальность, была вырвана наиболее зрелая часть населения из рамок обычной среды, перекроена и перерезана карта „семейных уз“. То, чего не успела сделать в походе на семью война, закончила революция. При всей, однако, видимой ломке устоев жизни, и в настоящее время по отношению к половому вопросу проглядывает неискренность семьи, школы и общества. „Легенда об аисте“ проходит через все стороны жизни и преследует ребенка со дня рождения до получения личного жизненного опыта, а опыт этот достается нередко дорогою ценой. Будучи предоставлен самому себе в решении половой проблемы, юноша тратит силы, которые могли бы быть концентрированы в любой отрасли труда и творчества—на удовлетворение пробуждающегося полового инстинкта, порой искусственно подгоняя его. И каждый проделывает этот путь, как ему вздумается, как сложатся случайные моменты и обстоятельства.

И ребенок, и юноша—одиноким на этом пути; семья и общество делают все, чтобы запутать и исковеркать их, вместо того, чтобы рациональным воспитанием и просвещением направить потребность по пути наивысшего использования сил организма.

Половая жизнь несет с собой порой не „радость бытия“, а громадные бедствия,—тяжелые болезни, и инстинкт карается несчастьем. Для врача-педагога и социолога крайне важно уловить нюансы этой жизни, переложить их на язык цифр. Эту то цель и преследовала настоящая анкета.

У современной молодежи, при крайне плохом ее материальном обеспечении, полуголодном существовании, при превалировании вопросов политического характера, при неустанной работе в госу-

дарственном строительстве,—трудно задержать или привлечь внимание к разбираемым вопросам половой жизни, которые практически решались самой жизнью. Поэтому, задавшись целью проведения указанной анкеты, надо было сначала зародить интерес к ее вопросам путем устройства ряда докладов и лекций. Я задался целью провести анкету вначале среди пролетарской и крестьянской молодежи. Путем совещаний с представителями различных школ и ВУЗ'ов установлена была схема ее. Анкета была анонимной; по заполнении карточек последние опускались в специально для этой цели вывешенный запечатанный ящик.

Вопросных карточек всего было роздано 1800, а получено годных для обработки ответов 697, т.е. около 39⁰/₀. Ответы были получены из местного рабфака, одной из высших военных школ и двух специальных школ. Как видят читатели, количество ответов у нас значительно уступает Московской анкете (Членов, 1903 г.,—2150) и Харьковской (Фавр, 1902 г.,—1298), но несколько больше анкеты, проведенной Казанским Медицинским Студенческим Кружком (1912 г.,—435). Анкета заключала вопросы по следующим отделам: 1) возраст и происхождение, 2) онанизм, 3) половая жизнь, 4) венерические болезни, 5) влияние общественной жизни и других моментов на половую жизнь. Уже при начале проведения анкеты выяснилось, что вопросы половой жизни,—это чрезвычайно болезненные и туманные вопросы для молодежи.

По возрасту ответившие распределялись так: 17 и 18 лет—138 (19,5⁰/₀), от 19 до 22 л.—326 (49⁰/₀), от 22 до 25 лет—145 (20⁰/₀), свыше 25 лет—88 (11,5⁰/₀). Возраст ответивших имеет большое значение при оценке половой жизни; поэтому при сравнении наших данных с данными проведенных ранее анкет надо иметь в виду, что возраст ответивших по 21 год составляет в нашей анкете 68,5⁰/₀, в Московской—53,1⁰/₀, в Казанской—около—40⁰/₀, в Харьковской—27⁰/₀.

Среда ответивших: крестьян—356 (51⁰/₀), рабочих—264 (38⁰/₀), представителей мелкобуржуазной и неопределенной среды—77 (11⁰/₀). Заметим, что классовая разница в данном отношении представляет элемент, до сих пор совершенно не обследованный.

По национальному составу ответившие распределялись так: русских было 437 (62⁰/₀), татар—99 (14,2⁰/₀), чуваш—57 (8,3⁰/₀), представителей других народностей—104 (ок. 13⁰/₀). Малый ⁰/₀ татар и чуваш объясняется тем, что, не зная порой русского языка, они с трудом могли разобраться в вопросах анкеты и ответить на них.

О начале половых ощущений судить по данным нашей анкеты трудно, так как этот момент, благодаря недостаточному наблюдению

за собой, часто пропускался отвечающими. Все же можно было констатировать раннее пробуждение полового чувства в возрасте от 5 до 8 лет у 24 (40/0), от 8 до 11 лет—у 160 (260/0), с 11 лет до 14—у 182 (290/0), у остальных 420/0 первое проявление половых ощущений имело место после 14—15 лет (при исчислении 0/0/0 здесь, как и в других местах, беру во внимание 0/0-е количество ответивших на данный вопрос). Итак, 590/0—еще до 14 лет уже имеют то или другое выявление полового чувства, вполне конкретизированное!...

Что касается, далее, моментов, влияющих на развитие половых ощущений, то в 140 случаях (220/0) они появились самопроизвольно, в 281 случае (450/0)—под влиянием товарищей, в 160 (250/0) — под влиянием игр с девочками, в 35 случаях (5,50/0)—под влиянием театра и литературы, в 15 (2,50/0) — под влиянием среды.

Отсутствие правильного физического воспитания и предоставление подрастающих детей самим себе искусственно подгоняют развитие половых ощущений. Нецелесообразные детские игры в „отца и мать“, рост детей в одной комнате, где на их глазах совершаются самые интимные акты человеческой жизни, непонимание впечатлительной души ребенка „старшими“—все это превращает их из пассивных свидетелей окружающего в подражателей взрослым во всем („как взрослые поют, так дети щебечут“). Окружающая природа, примеры из жизни животных (случаи животных) еще больше возбуждают пылкую детскую фантазию, самобытно решающую все вопросы своей жизни, а запретность плода делает его более сладким. Отсюда путь к онанизму, к ранним половым сношениям, к половым извращениям с мальчиками.

Онанизмом занимались из числа ответивших 582—358, т. е. 600/0, в том числе крестьян—192 (63 40/0), рабочих—118 (540/0), представителей мелкобуржуазной группы—48 (67,60/0). Онанизм начинался в возрасте от 6 до 12 лет у 140/0 (49), от 12 до 15 лет—у 320/0 (113). Наибольшее число начинало, однако, онанировать в возрасте от 15 до 18 лет—410/0 (148). Далее количество онанирующих уменьшается,—от 18 до 23 лет начинают заниматься онанизмом лишь 60/0 (20), старше 23 лет—70/0 (23). При этом онанизм в 500/0 (177) представлял собою временное явление, от 1 до 3 лет, в остальных же случаях продолжался гораздо дольше: от 4 до 8 лет в 240/0 (113), от 7 до 9 лет—в 110/0 (38), от 10 и выше—в 150/0 (53). Уже один беглый взгляд на эти цифры говорит за сильное распространение онанизма среди рабочей молодежи, а еще больше—среди крестьянской и мелкобуржуазной. Процент занимающихся онанизмом совпадает у нас с Московской

анкетой (59,90/0); он несколько ниже, чем в Харьковской (640/0), что объясняется более зрелым возрастом в последней анкете, но выше, чем в Казанской (55,130/0). Вероятно, и наши цифры несколько ниже действительных, если согласиться с Berger'ом, что из 100 молодых людей—99 занимаются онанизмом, а сотый скрывает правду. Кроме того, по заграничным анкетам процент занимающихся онанизмом значительно выше,—по Markus'у (Мюнхен) он равен 920/0, по Кор'у—990/0, по Будапештской анкете—66,70/0, по Roder'у—900/0.

330/0 (110) нашей молодежи приписывали онанизм вынужденному побуждению, значительное же большинство,—580/0 (195),—влиянию товарищей и внешним условиям, и только 90/0 (30)—влиянию литературы и женщин.

Онанизм представляет большой вопрос для молодежи, и отсутствие правильных сведений о нем не дает ей возможности бороться с этим злом. Об этом свидетельствует ряд приписок, представляющих собой порой крик наболевшей души. Один из ответивших, напр., пишет: „Под каким влиянием начал заниматься онанизмом,—я ответил: влияние взрослых, и прошу не удивляться, так как в деревне это вполне возможно и даже общепринято; по отдельности онанизмом никто не занимается, а происходит это в широком кругу товарищей, несколько нестеснительно для участвующих, даже на виду у девочек“. Или: „Видел,—товарищи занимаются, вздумал испробовать и я, не чувствуя к этому никакой потребности“.

С появлением половых ощущений молодежь путем онанизма возбуждает свои чувства и в результате начинает систематически предаваться этому пороку, так что в 62 случаях (170/0) это имело место и после начала половых сношений, а иногда—после регулярной половой (супружеской) жизни.

Только 300/0 занимавшихся онанизмом не отметили у нас его влияния на здоровье, в остальных же случаях онанисты жалуются на общую слабость и разбитость, неврастепию и подавленное состояние от неумения преодолеть вредную привычку. Лишь в 4 случаях к онанизму прибегали из боязни заразиться при половой жизни с случайными женщинами, из них в 2 случаях—во время разлуки с женой. Без сомнения к жалобам онанистов на то или другое болезненное состояние следует относиться крайне осторожно, так как оно может быть вызвано другим болезненным процессом, но „чувство виновности и угрызения совести“ (Moll) берут перевес, и все бросается на чашу весов „вреда онанизма“. Все же проявление онанизма в молодые годы нельзя не считать особенно вредным. В некоторых случаях порок этот, приведя к половому

бессилию, превращает юношей в истинных страдальцев. Мне вспоминаются слова из „Крейцеровой сонаты“: „Уединения мои были нечисты. Я мучился, как мучаются 99⁰/₀ наших мальчиков. Я ужасался, я страдал, я молился, я падал“. О подобном настроении пишет один из наших корреспондентов: „Я—самый несчастный человек, уже только по одному тому, что потерял способность быть отцом и мужем; это меня пришибло и придавило, как букашку. Я потерял не только нормальное здоровье, но потерял самую главную цель жизни. В моей жизни нет больше смысла“.

На отношение к женщинам ответило только 50⁰/₀ онанировавших, причем 23⁰/₀ ответивших не отметили влияния на них лиц другого пола, 33⁰/₀ отметили возбуждение, 20⁰/₀—отрицательное отношение, избегание женщин, 24⁰/₀—равнодушие и ослабление полового чувства. Большой процент занимающихся онанизмом и после 20 лет можно объяснить тем, что они составляют пришлый элемент, не имеющий возможности наладить круг знакомств,—элемент, для которого онанизм служит единственным средством для удовлетворения полового чувства.

По национальностям из числа занимавшихся онанизмом было русских—233, татар—30, чуваш—26, прочих народностей—20. Учитывая малое количество ответов, полученных от представителей инородческих групп населения, делать какие-нибудь выводы из этих цифр не буду, укажу только, что среди русских количество занимавшихся онанизмом было у нас выше, чем среди татар и чуваш.

Половой жизнью жили 532 лица или 77⁰/₀, т.е. 0⁰/₀ живущих половой жизнью у нас ниже, чем в Харьковской анкете (88⁰/₀), но выше, чем в Московской (65,61⁰/₀) и Казанской (71,39⁰/₀). Началась половая жизнь ранее 11 лет в 3,5⁰/₀ (18), от 11 до 15 лет—в 9,5⁰/₀ (49), от 15 до 18 лет—в 50⁰/₀ (268), от 18 до 21 года—в 30⁰/₀ (161), старше 21 года—только в 7⁰/₀ (36). Итак 63⁰/₀ молодежи живут уже половой жизнью ранее 18 лет. Отсюда ясна неосновательность школы „немного неведения“ по отношению к сексуальному воспитанию. Если сравнить наши цифры с цифрами Московской (61,3⁰/₀), Харьковской (55,5⁰/₀) и Казанской (53⁰/₀) анкет, то придется заключить, что в настоящее время молодежь еще несколько раньше вступает на путь половой жизни. При этом огромный 0⁰/₀ вступивших на путь половых сношений в раннем детстве падает на детей, попавших под влияние старших и развращенных прислугой. Тут вы встретите и мальчика, имевшего сношение 9 лет с нянькой, и детей 11—12 лет, лишившихся невинности под влиянием проституток, солдаток, а главным образом—прислуг. У нас имеются приписки: „Имел сношение 12 лет с прое-

титуткой". Некоторые более детально рисуют картину детской половой жизни: „12-ти лет имел сношение под влиянием кухарки, сношение не сопровождалось истечением семени, семя появилось на 15-м году при дальнейших сношениях“.

Разбирая половую жизнь по национальному составу ответивших, можно установить 0/0 живущих ею среди русских в 790/0 (349), среди татар—в 670/0 (67), среди чуваш—в 740/0 (42), среди представителей других народностей—в 690/0 (74). По отношению к классовому происхождению 0/0 этот в крестьянской среде равен 800/0, в рабочей—740/0, в мелкобуржуазной—760/0. Эти цифры несколько колеблют кажущуюся патриархальность нашей деревни,— в половой жизни она опередила город. Бытовой уклад татар и чуваш, повидимому, несколько дольше сохраняет их целомудрие. Здесь заметим кстати, что количество женатых среди ответивших было всего 48 (90/0), из них крестьян—26, рабочих—18, представителей мелкобуржуазной среды—3, причем вступили в брак от 17 лет до 20 лет—15, от 20 до 23 лет—13, от 23 до 25 лет—11, старше 25 лет—8.

Первое половое сношение произошло в 390/0 (136) с девицами, в 24,50/0 (120) — с проститутками, в 15,50/0 (79) — с замужними женщинами, в 21,70/0 (100), — не обозначено, с кем (с исключением проституток). Таким образом, круг женской среды, с которой мужская молодежь имеет внебрачные половые сношения, за последние годы, повидимому, значительно изменился. В 1903 г. (Членов) 420/0 ответивших имели половые сношения с проститутками, 380/0 — с прислугой, 10,20/0 — с замужними женщинами, в том числе $1\frac{1}{7}$ — в виде постоянных связей. По Казанской анкете 0/0 обращавшихся к проституции разнялся 30,770/0, имевших половые сношения с прислугой—37,550/0, с девицами—8,150/0, с замужними женщинами—19,450/0. По нашей анкете молодежь больше приближается в половой жизни к той женской среде, среди которой она живет.

Сопоставляя, далее, приведенные цифры по средам, мы получим интересные данные: первое половое сношение с проституткой крестьяне имели в 150/0, рабочие и мелкая буржуазия—в 330/0. В деревне элемент женщин, с которыми молодежь живет половой жизнью, складывается из девушек, живших в городе в прислугах, из солдаток и вдов, наконец, из таких крестьянских девушек, как, напр., живущие около рыбных промыслов, так наз. „промысловые девушки“. Во всяком случае из данных нашей анкеты очевидно, что и в деревне имеется проституционный элемент, хотя, так как наша анкета проведена среди крестьянской молодежи, живущей

в городе, полную картину половой жизни деревни по нашим данным составить трудно. В городе картина несколько меняется: на первом месте здесь идут проституция и прислуга, на втором — остальные слои женского населения.

В качестве моментов, вызывавших первое половое сношение, 700/0 (308) отметили влияние внутреннего побуждения, 15,80/0 (80) — влияние товарищей, 100/0 (53) — влияние жевщиц, 3,60/0 — опьянение; литература оказала в данном отношении влияние в 40/0 (22), внешние условия и случайности — в 6,60/0 (33), а в 1 случае в половому сношению побудило любопытство. Во всяком случае первые половые сношения порой вызываются чисто случайными обстоятельствами, напр., один юноша пишет: „Имел сношения 17 лет с проституткой, благодаря насмешкам товарищей“, другой — „Случайно натолкнулся на 17-летнюю девушку-кухарку“, третий — „С неизвестной гражданкой во время переезда на железной дороге“, четвертый — „С одной прислугой на железнодорожной станции“ и т. п.

Отношение к женщине после первого полового сношения не изменилось в 520/0, изменилось — в 480/0, причем изменение отношения к женщине выразилось в 200/0 в отвращении, апатии и охлаждении к женщине, разочаровании и исчезновении идеализации, а у некоторых после того установился взгляд на женщину, как на жертву.

В большинстве случаев первое половое сношение с женщиной было началом половой жизни, которая носила довольно пестрый характер. Многие из ответивших, по их словам, „маху не давали“. Возникшие затем половые сношения в 680/0 (339) были кратковременными, реже (в 190/0) длительными, причем одновременно с несколькими женщинами имели половые сношения 270/0 (112). Некоторые, более откровенные из отвечавших, рисуют подробно картину этой беспорядочной половой жизни. Один, напр., имел в течение 2 лет половые сношения с 22 женщинами, причем с 9 из них он жил почти регулярно в течение от 3 месяцев до 1 1/3 лет, а с остальными — кратковременно и с большими промежутками времени (в течение всего этого времени он страдал хроническим триппером). Другой в течение 6 месяцев имел сношения с 50 женщинами различных возрастов, причем „самый длительный период был 2 недели“.

В основе половых сношений лежала голая потребность в 520/0 (275), любовь или взаимная склонность и половая потребность — в 460/0 (226), корыстный расчет — в 10 случаях (20/0). Круг лиц, прибегавших к проституткам, теперь расширяется до 340/0 (176).

в том числе у рабочих—до 43⁰/₀, у мелкобуржуазных групп—до 41,5⁰/₀, несколько ниже у крестьян—до 28⁰/₀, причем имеется группа молодежи, у которой проституция—постоянный вид и способ удовлетворения полового чувства (15,5⁰/₀ живших половой жизнью). Вообще же контингент женщин, с которыми мужская молодежь живет половой жизнью, крайне пестр, хотя большую часть он состоит из элементов окружающей среды. Важно отметить, что, судя по данным нашей анкеты, деревня для внебрачных половых сношений имеет круг лиц, живущих свободной половой жизнью, как солдаты, вдовы; впрочем, и простые деревенские девушки не уступают им, причем женщины, жившие половой жизнью, форсируют таковую у подросткающего поколения. В городе элементы для внебрачной половой жизни составляет прислуга, проституция и оставшая женская среда,—тут „и жены, которые недовольны своими мужьями“, и „честные курсантки“, и „советские барышни“, и „фабричные работницы“,—словом, все женщины окружающей среды.

Внебрачные половые сношения оправдывали вполне, как необходимость, 62⁰/₀ (363) участников анкеты, относились безразлично 2⁰/₀ (8), не оправдывали 36⁰/₀ (211), что не мешало, однако, последним жить внебрачной половой жизнью. Важно отметить, что и среди состоящих уже в браке лиц 42⁰/₀ (19) имели одновременно половые сношения и вне брака. Прямым следствием этого является то, что лишь 26⁰/₀ считают наилучшею формой своей половой жизни брачную, 52⁰/₀ предпочитают длительные свободные любовные отношения и 14⁰/₀—кратковременные свободные любовные отношения и случайные встречи. У лиц, уже состоящих в браке, эти взгляды несколько меняются: брак считают наиболее целесообразной формой половой жизни 58⁰/₀ (26), длительные свободные любовные отношения—17⁰/₀ (8), кратковременные отношения и случайные встречи—25⁰/₀ (12). Некоторые стремятся обосновать, при этом, свои взгляды. Так, один крестьянин пишет: „Как человек из крестьянской среды, ничего кроме брака избрать не могу“. Многие заявляют, что „целесообразно пользоваться всеми женщинами, не исключая и проституток, по соглашению и без срока“. Очевидно, брак не дает должного счастья, и даже женатые считают лучшей гарантией счастья свободное любовное отношение. Они называют брак „цепями полового выбора, как с одной, так и с другой стороны“. Один пишет, что лишь кто еще не женат, тот испытывает к браку некоторое стремление, но одна жена надоедает, как редька, подаваемая ежедневно к обеду. „Горе тому,—заканчивает этот участник анкеты,—кто женится, ибо избрать равную во всех отношениях можно исключительно при свободной любви и вне брака“.

Переходя, далее, к причине невступления в брак у неженатых, заметим, что из 379 ответивших на этот вопрос 50% указали в качестве таковой на нежелание стеснять свободу, 24% — главным образом крестьянская масса, — на материальную необеспеченность, 16% — на оба указанных момента вместе, только 7% — на отсутствие любви и 2,5% — на военную службу. Первое, что здесь бросается в глаза, — это малый % указавших на отсутствие любви, как на причину невступления в брак: очевидно, главная масса молодежи, найдя себе выход во внебрачной половой жизни, не стремится к другим формам ее, — тем более, что мы имеем перед собой учащуюся молодежь, элемент еще не сформировавшийся. Отсюда вытекает и взгляд на проституцию, — 15% считают ее явлением желательным, а 8% — даже необходимым; всего только 77% (473) считают ее нежелательною, причем пять ответов лаконично гласят: „расстреливать“. Мотивы желательности и необходимости проституции весьма разнообразны: „Проституция необходима, так как будет меньше онанизма, который для общества страшно вреден“, — говорит один, а другой из ответивших приводит экономические соображения: „Нужно дать проституткам кусок хлеба“. Иногда мотивы эти имеют оригинальный характер: „Проституция, гарантирующая от заражения, — пишет один, — для плохих самцов, не пользующихся успехом у женщин“.

В общем молодежь понимает серьезность и трудность борьбы с проституцией, являющейся результатом экономического и материального неустройства жизни. Заслуживает внимания, что число обращающихся к проституции выше, чем % признающих желательность ее, а в число отметивших нежелательность вошли и лица, еще не жившие половой жизнью.

Что выше ценится в женщине, физические или духовные качества? Из ответивших на этот вопрос 21% (135) заявили, что они больше ценят физические качества, 42% (279) — и духовные, и физические одновременно, 37% (244) выше поставили духовные качества. Опыты эти несколько расходятся с практикой жизни молодежи, — очевидно, эти цифры говорят за принципиальные взгляды ответивших. Многие, ценя в женщине духовные качества и желая, „чтобы женщина не была только манекеном“, требуют, однако, физических качеств „для своих мимолетных походов“.

От лиц, у которых половая жизнь отсутствовала, получено 124 объясняющих причину этого отсутствия ответа, причем в 50% (71) в качестве этой причины приводятся моральные соображения и страх перед венерическими болезнями, в 36,5% (49) — отсутствие случая и любви, в 9% (14) — отсутствие потребности и в 4% (8) — непо-

нимание семейной жизни, слабость воли и застенчивость. Из числа ответивших один указывает на занятие физическим спортом и стремление его к сохранению целомудрия в целях здоровья, а в 2 случаях юности воздерживались от половых сношений, желая как можно дольше сохранить идеализацию объекта любви. „Жалость к любимой девушке удерживала меня,—пишет один,—так как я пр краснo знаю, что после первого же полового сношения изменятся мои отношения к ней. Мои же стремления к честности, правде и добру хочу возможно дольше продолжить“. В одном случае ответивший сообщает, что он избегал половых сношений потому, что он смотрит на половое чувство, как на позор. В случаях с отсутствием погребности и застенчивости большую роль играл также сопутствующий онанизм. Половые извращения оказались у 44 (80%) из ответивших, но отсюда следует исключить 35% извращений, происшедших под влиянием товарищей, когда это было видом онанизма или просто детской шалостью. Многие на вопрос, под каким влиянием произошли половые извращения, пишут: „семи—восьми лет соблазнили мальчики“, „в детстве под влиянием товарищей“, „малолетняя глупость“, „любопытство и несознательность“. Такие ответы были в 16 случаях, в остальных же играют роль разнообразных причины, причем половая потребность превалирует. Часто ответившие—действительные педерасты, предающиеся этому пороку под влиянием природной похоти и окружающей среды и сильной страсти. В некоторых случаях причиной половых извращений представлялись несмелость к женщинам, отсутствие женщин, отсутствие средств. Так, один пишет: „По своему замкнутому характеру не имел знакомых женщин и боялся заразиться“. В одном случае причиной пассивной педерастии было желание этого другим лицом.

Наркомания выражалась главным образом в курении (в 57%), употреблении алкоголя (в 5%), употреблении морфия и кокаина (в 2,5%). Из моментов, побуждающих к курению, указаны тоска и неудовлетворенность. Влияние наркомании на половое чувство у 17% (46) выразилось в ослаблении этого чувства, у 10% (27)—в усилении, у 73% (119) оно осталось без изменения. По сравнению с Московской анкетой ко ичество пьющих в нашей анкете было значительно больше, процент же курящих был почти одинаков.

Нам было особенно интересно установить влияние революции и общественной жизни на половое чувство, но, благодаря возрастному составу ответивших, певных в этом отношении данных мы не получили. Русская революция привела к большому под'ему общественных сил в период напряженной жизни государства, обремененного войной, и должна была требовать со стороны участвовав-

ших в ней особого героизма, половое же чувство в момент особенно напряженной борьбы должно было отодвинуться на дальний план. К сожалению, среди ответивших в нашей анкете таких прямых участников революции было очень мало, — большей частью мы имели дело с юношами, которые в начале революции были еще „совсем юнцами“. Впрочем, все же отмеченное влияние революции сказалось и у нас: у 58% (335) половое чувство под влиянием революции осталось без изменения, у 13% (77) оно усилилось, у 29% (164) — ослабилось.

Участников империалистической или гражданской войны среди ответивших оказалось 46% (196). Влияние войны на половое чувство сказалось у участвовавших в ней в 51% его ослаблением, в 23% оно осталась без изменений, в остальных 23% — усилилось. Среди этих последних случаев некоторые касались кавалеристов, указывающих на постоянное раздражение половых органов во время езды верхом. В 57% война толкала молодежь на случайные связи.

Участие в общественной жизни в той или иной форме принимали 442 (77%) приславших ответы, причем влияние на половое чувство сказалось у 43% их — у 23% в виде его усиления и у 20% — в виде ослабления, в остальных же случаях влияние не отмечено. Указания на усиление полового чувства можно объяснить совпадением периода возмужалости с началом общественной работы.

Голод и плохие квартирные условия в 71% случаев вызвали ослабление полового чувства, в 3% — усиление его и в 26% не отразились на этом чувстве. Ослабление полового чувства под влиянием голода в различных классах населения сказалось неодинаково сильно, — в крестьянской среде у 73,5%, в рабочей — у 65,4% и в мелкобуржуазной — у 76,5% ответивших.

Количество венерических больных среди приславшей ответы молодежи определяется следующими цифрами: триппер — 72 случая, что составляет 13,5% всех живших половую жизнью, мягкий шанкр — 13 случаев (2,5%), сифилис — 8 случаев (1,5%), общее же число всех венерических больных — 17,5%; в частности среди крестьян их было 16%, среди рабочих — 19%, в мелкобуржуазной среде — 25%.

Относительно местности, где произошло заражение венерическими болезнями, 34 ответивших указали на большой город, 12 — на средний, 9 заразились в маленьком городе, 8 — в деревне, 14 — на военной службе. Внеполовое заражение венерической болезнью отмечено только однажды.

Распределение венерических болезней по национальностям дало среди русских 51 случай триппера, 9 случаев мягкого шанкра и 5 случаев сифилиса, всего 55 больных (18,5%), среди татар —

9 случаев триппера, 1 случай мягкого шанкра и 1 случай сифилиса, всего 11 случаев (16,5%), среди чуваш—6 случ. триппера, среди представителей прочих народностей—6 случаев триппера, 3—мягкого шанкра и 2—сифилиса, всего 11 случаев (10%). Заболели больные в возрасте от 15 до 17 лет в 21 случае (23%), от 18 до 20 лет—в 39 сл. (43%), от 20 до 24 лет—в 20 сл., старше 25 лет—в 11 случаях.

В Московской анкете указано 25,3% венерических больных, из них с триппером 77,6%, с мягким шанкром—11,5% и с сифилисом—10,5%; в Казанской общее количество венерических больных было 25,9%; наконец, в Харьковской анкете триппер дал 47,9%, мягкий шанкр—10,8% и сифилис—6,9%, что составляет 65,6% всех ответивших. Если сравнивать наши цифры с этими данными, то можно констатировать у нас гораздо меньшее количество венерических больных. Впрочем я считаю фактический 0% венерических больных среди молодежи несколько выше, и вот по каким соображениям: в части школ, где проводилась наша анкета, существует обязательный медицинский смотр учащихся, и больные с активными болезнями попадать туда не могут, а заболевшие венерическими болезнями во время прохождения курса исключаются из числа учащихся; возможно, поэтому, что часть скрывает свое заболевание.

Что больше всего поражает при просмотре ответов на вопрос о венерических заболеваниях, так это абсолютное неведение опасности и серьезности этих заболеваний. Благодаря тому, что венерические болезни поражают организм в молодые годы, когда половая жизнь только начинает разгораться, половые сношения нередко не прекращаются и во время болезни. Из 70 ответивших на вопрос, имели-ли они половые сношения во время болезни, 21 ответили, что половые сношения не прекращались, а если принять во внимание крайнюю относительность „излечения“, то количество избегающих половых сношений во время болезни еще уменьшится.

Таким образом первоочередной задачей по борьбе с венерическими болезнями является борьба с санитарным невежеством, поражающим не только малокультурные части населения, но и вполне сознательную молодежь. Правильные сведения о половой жизни и о венерических болезнях должны даваться во всех специальных школах и ВУЗах в популярной форме.

Oskerblohm совершенно справедливо замечает, что лучше начать половое просвещение „на год раньше, чем на час позже“. По отношению к молодежи после 16 лет сентиментальность в этом вопросе излишня.

Нелишним еще будет отметить, что некоторые из ответивших на нашу анкету указали на дороговизну лечения.

Всякая борьба с заразными болезнями требует, понятно, строгого учета их, и интересно было-бы знать, как смотрит молодежь на вопрос о регистрации каждого больного в обязательном порядке. В 612 случаях 93% ответивших высказались за обязательную регистрацию, и только 6,5% оказались против таковой,—некоторые из опасения, как-бы регистрация больных не уменьшила обращаемости больных за лечебной помощью. Другие вполне здраво предлагали анонимную регистрацию венерических больных. Третьи, наконец, стояли за введение для каждого гражданина обязательной „здравной карточки“, на которой отмечались-бы периодические осмотры врачом.

Осторожнее подходит молодежь к вопросу о наказуемости за заражение венерическими болезнями. В Уголовном Кодексе имеются статьи, определяющие степень наказания за подобное заражение. Однако, несмотря на годовое существование Кодекса, случаев привлечения к ответственности за заражение почти не было. Причиной этого отчасти является нежелание выявить открыто свою интимную жизнь, отчасти нежелание открыто заявить о своей болезни, взгляд на которую у всего современного общества установился, как на позор, и отсутствие смелости преодолеть этот стыд. Только 73% (412) высказались за наказание, причем пятеро особенно суровых требовали для виновных расстрела, остальные же 27% (178) оказались против всякого наказания.

Что резче всего выделяется при разборе всех анкет,—это неосведомленность нашей молодежи о половой жизни. Предоставленная самой себе, она получает все нужные сведения о половой жизни и половых болезнях непосредственно от самой жизни. Из ответивших на этот вопрос 366 (52%) черпали сведения от товарищей, 167 (24%)—из книг, 76 (10,5%)—от учителей, 78 (11%)—от случайных людей, и лишь 10 (2%)—от родителей. Итак более старшие товарищи являются чаще всего учителями в половой жизни. Эта наука дается больше на улице, иногда в виде обучения она низму и педерастии такими же мальчишками, тоже получившими „боевое крещение“ на собственном опыте. Указанный выше процент получивших сведения о половой жизни из книг относится большею частью к юношам, которые эти сведения почерпнули в школе, причем из 167 получение сведений только из книг имело место лишь у 51, у остальных же в помощь книге приходили товарищи или случайные люди. В числе последних ответившие указали, между прочим, на деревенских стариков, „которые любят разговаривать на

эту тему“, и т. п. учителей. Не дают только этих сведений детям те, на обязанности которых это лежит, т. е. в первую очередь родители, во вторую—учителя и школы. Те 76 ответов, где указывалось на получение сведений о половой жизни от учителей, принадлежат юношам, слушавшим лекции по этому предмету, введенные в последнее время в воинских частях, но сама школа остается немой в этом вопросе. Такое *poli me tangere* является непростительным, и новые школа и семья, строящиеся на руинах „легенды об аисте“, должны вывести молодежь из тупика, спасти ее от власти товарищей и улицы и дать те сведения, которые необходимы подростающему поколению. Сама молодежь понимает это. Один юноша пишет, напр.: „Побольше лекций о половой жизни! Их надо распространить во всех уголках, где живут народные массы,—этим вы внесете мир в народ“.

Подводя итоги данным нашей анкеты, нужно отметить, что семья не в состоянии дать должного развития ребенку, и за воспитание его и в половом отношении должна взяться школа. Половое чувство развивается с первых же шагов ребенка, и задача учреждений раннего возраста,—яслей, детских садов,—зорко следить в этом отношении за дитятей, предотвращая преждевременное проявление половых инстинктов путем правильного воспитания эстетических и духовных качеств и рационального телесного развития. В школе вопросы полового воспитания должны занять подобающее место. Необходимо всестороннее проведение физической культуры и постепенное ознакомление ребенка сначала с жизнью растений и животных, а потом и со всеми физиологическими функциями человеческого организма. Начиная с 15—16 лет, эти сведения должны конкретизироваться, и к ним должны быть присоединены сведения о венерических болезнях и их опасности. Тут особенно щепетильными быть не следует,—ознакомление юношей с вопросами половой жизни все равно окажется для громадного большинства запоздалым. Эту задачу может выполнить хорошо подготовленный педагог и понимающий свои обязанности врач.

Труднее обстоит дело, если ребенок уже с ранних лет пошел на фабрику. Уже в возрасте 13—14 лет он попадает тогда в среду взрослых, где все пережито и испробовано. Зоркий глаз санпросвета должен, однако, найти и этого подростка и разумными развлечениями, спортивными и другими видами физической культуры направить подрастающий организм на путь рационального использования его сил.

Рассматривая вопрос об онанизме с точки зрения борьбы с венерическими болезнями, можно подойти к нему с некоторой

поблажкой. Надо помнить, что там, где больше онанирующих, — меньше живущих случайными связями. Но сильное распространение онанизма и появление его в раннем возрасте, когда постепенное подтачивание организма приводит к неврастении, требует мер борьбы с этим злом. Только бороться с ним надо не зловредными орудиями, не советами приступить к половой жизни, а путем отвлечения внимания юноши на путь рациональной физической культуры и разумных развлечений. Там, где удастся дать содержание жизни юноши, половая проблема разрешится сама собою безболезненно.

Гораздо большим злом является обращаемость к проституции. А между тем от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ молодежи обращается к проституткам, что обуславливается целым рядом причин. Я уже указывал, что наша молодежь, будучи приезжей, не может наладить правильного круга знакомств. Жилищные условия, в которых она находится в чужом городе, располагают ее, далее, к тому, чтобы искать знакомств с обитательницами „изолированных комнат“, а таковыми нередко оказываются проститутки. Добавим к этому, что здесь юношу ждет наиболее скорая и легкая победа. А главное — полная неосведомленность молодежи об опасности проституции...

Чтобы избавить молодежь от этой опасности, в таких учреждениях, как военные школы и общежития курсантов, можно было бы с пользой провести и меры личной профилактики. Важнее всего, однако, углубление санитарно-просветительной работы: вместо эпизодических лекций в школах следует проводить цикл систематических, разработанных лекций. Научно-популярная литература по вопросам половой гигиены должна быть известна каждому юноше. Заболевшие венерическими болезнями жалуются, как мы видели, на недостаток лечения; и на это следует обратить сугубое внимание и предоставить всем возможность общедоступного и бесплатного лечения...

Просматривая данные нашей анкеты, следует отметить отрадное явление — уменьшение процента пьющих среди молодежи. Эту борьбу с алкоголизмом следует закрепить в молодежи путем не только вынужденной, но и вполне сознательной трезвости.

Я далек от того, чтобы дать правильные пути в разрешении половой проблемы. Новая структура современного общества, борьба с мещанством, изменение экономических взаимоотношений — лучшая гарантия того, что половая проблема выйдет из заколдованных рамок буржуазной морали и неискренности.

Спермотоксины и их роль в физиологии и патологии организма.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей в г. Казани).

Проф. М. П. Тушнова.

Если в организм человека или животного парентерально вводить сперматозоидов, то через известный промежуток времени их кровь приобретает новое свойство: действовать токсически на семенные нити. Действие это можно наблюдать как *in vivo*, так и *in vitro*. Оно выражается в том, что семенные нити в сыворотке такой крови сначала агглютинируются, а затем утрачивают способность к движению, умирают, а по наблюдению некоторых авторов (Лондон) — даже растворяются. Подобная сыворотка получила название спермотоксической или спермолитической. Короче ее называют „спермотоксином“ или „спермолизином“. Представляют ли спермотоксины особые вещества сыворотки, или только ее свойства, — мы не знаем, так как до сих пор еще полного единства взглядов по этому вопросу не существует.

При инъекции животным сперматозоидов животных другого вида получают гетеро-спермотоксины, а своего вида — ауто-спермотоксины и изо-спермотоксины. При одинаковых условиях ауто-спермотоксическая сыворотка почти вдвое слабее изо-спермотоксической и во много раз — гетеро-спермотоксической.

Строгой видовой специфичностью спермотоксическая сыворотка не обладает. A d l e g показал, что ауто-спермотоксины морской свинки убивают в короткое время (20 мин.) сперматозоидов кролика. На другие за то клетки организма, как мерцательный эпителий, лейкоциты, эритроциты и пр., спермотоксины не действуют, и вообще тканевая их специфичность, по видимому, очень невысока.

Спермотоксины, как антитела, изучены в достаточной мере; свойства этих иммунных сывороток позволяют отнести их в системе E h r l i c h'a к рецепторам III порядка, т. е. к таким, которые для проявления своего действия требуют так наз. комплемента сыворотки.

Образующиеся здесь антитела (свойства) отличаются крайней сложностью, так как семенные нити содержат в себе не только специфические белки, но и ферменты различных порядков (парциальные антигены). Поэтому, строго говоря, нам неизвестно, какие именно антитела убивают сперматозоидов, какие агглютинируют их, какие действуют антиферментативно.

В получении спермотоксической сыворотки, повидимому, не играют роли ни пол животного, ни возраст, ни состояние зрелости. Сыворотка эта сама является антигеном и может давать антиспермотоксическую сыворотку, опять - таки независимо оттого, будет ли перед нами самец или самка, молодое или старое животное, зрелое в половом отношении или незрелое, нормальное или кастрированное. Сперматозоиды, убитые нагреванием (70°C), не могут вызывать образования спермотоксинов.

При работах со спермотоксинами следует отметить существенную разницу в характере антигена, т. е. будем ли мы вводить взвесь из сперматозоидов, или чистую сперму. В последнем случае действие должно быть много сложнее, так как здесь действует весь комплекс спермы: белки секретов семенных и придаточных желез, сперматозоиды, соли спермина, инкреты желез и т. д.

Биологическая роль спермотоксинов различна в мужском и женском организме. В мужском организме, где имеются сперматозоиды и где они образуются, спермотоксины *a priori* должны оказывать свое действие. И действительно, они, повидимому, действуют на сперматозоидов, находящихся в семенных железах, придатках яичка и пузырьках. Действие это впрочем очень неопределенное и неясное, но вызвано оно может быть не только ауто-спермотоксинами, но и гетеро-спермотоксинами. Опыты показали, что у сперматозоидов белок обладает не столько видовой, сколько тканевой специфичностью. Многие из исследователей полагают, что белок семенных витей принадлежит к „тканево-специфическим“ антигенам, как белок хрусталика, околоплодной жидкости, грудных желез и пр. По вычислениям Лондона при аутоспермотоксинах в организме погибает около 4,3% сперматозоидов.

Здесь будет интересно указать на т. наз. феномен Метальникова. Последний автор своими опытами показал, что, несмотря на содержание в крови животных ауто-спермотоксинов, семя их содержит подвижных, живых сперматозоидов. Однако, если таких сперматозоидов поместить в нормальную сыворотку, то они в 10—20 минут погибают; сперматозоиды же непривитых животных в этой сыворотке живут часами. Метальников истолковал это явление в том смысле, что, согласно взглядам Мечникова, в циркулирующей крови нет свободных комплекментов, сперматозоиды же нагружены спермотоксинами; так как, однако, последние проявляют свое действие лишь под влиянием комплекмента, то в организме сперматозоиды остаются невредимыми, в сыворотке же, где имеются свободные комплекменты, они погибают в короткое время. Многие исследователи дают впрочем этому феномену другие объяснения. Мне кажется, что здесь имеет место „отклонение комплекмента“ в связи с пониженным содержанием лексина в тканях; кроме того я считаю, что некоторые сперматозоиды при этих условиях погибают, и учесть такую гибель их мы не можем только вследствие небольшого их общего процента.

Конечно, гибель небольшого количества сперматозоидов может и не отразиться серьезно на судьбе всего организма; но массовая их гибель, как это будет видно в дальнейшем, имеет важное значе-

ние для жизни организма и отражается как на состоянии семенной железы, так, косвенно, и на корреляции всего организма. В общем надо думать, что гибель умеренного числа семенных клеток в железах может служить одновременно и стимулом к регенерации других спермий. На прочие клетки специально мужского организма спермотоксины, как показали опыты, никакого влияния не оказывают.

Совершенно особенную роль играют спермотоксины в женском организме. Здесь прежде всего нет тех клеток, на которые они могли бы непосредственно действовать. На первый раз казалось бы, что здесь и вообще не должно было бы быть никакого влияния спермотоксинов (как не наблюдается, напр., действия столбнячного яда на черепаху). Но создавшееся тут положение несколько сложнее. Образовавшиеся в женском организме спермотоксины, как и в мужском организме, постепенно разрушаются, исчезают, — вероятно, всеми способами: экскрецией, секрецией и нейтрализацией. Если спермотоксины переходят в семенные нити, то тем более мы вправе ожидать их перехода в яйцевые клетки, так как трудами многих исследователей (Мечников и др.) установлено, что яйцевые клетки особенно чувствительны ко всякого рода ядовитым началам. Последнее обстоятельство может иметь большое значение в процессе оплодотворения.

Еще 15 лет тому назад мне удалось экспериментально показать, что самки лабораторных животных могут быть при помощи спермотоксинов иммунизированы (как активно, так и пассивно) против беременности. При этом, повидимому, никаких расстройств в отправлениях и здоровье организма у них не происходит. Произведенные независимо от моих работ исследования Savini и S. Castano, Venema, а в последнее время (1921) Dittler'a — подтверждают мои наблюдения, хотя и с различными оговорками.

В различное время я пытался дать этому явлению объяснение. При этом сначала я думал, что указанное явление зависит от изменения хемиотаксиса у семенных нитей, так как *in vitro* спермотоксическая сыворотка вызывала отрицательный хемиотаксис у сперматозоидов. Позднее я изменил это объяснение: как известно, при оплодотворении соединяется яйцо со сперматозоидом, т. е., в данном случае, антитело с антигеном, по исследованиям же Bordet и Gengou комплекс антиген+антитело имеет такое сродство к комплементу, что извлекает последний из свежей сыворотки; возможно, что в матке и создаются такие условия для получения цепи антиген+антитело+комплемент, при которой гибель сперматозоида неизбежна. Наконец, в самое последнее время я склоняюсь к новому объяснению. По моему мнению физико-химическое изменение состава крови, вызванное прививкою сперматозоидов, вызывает в свою очередь изменение в составе яйца. Предполагая, что оплодотворение является сложным процессом ферментативного характера, где яйцо и сперматозоид связаны между собою законами специфичности, думаю, что малейшее нарушение во взаимоотношениях половых клеток влечет за собою бесплодие. Friedenthal полагает, что оплодотворение возможно лишь в том случае, если кровь одного субъекта не действует на кровь другого осаждающим, растворяющим или другим каким-нибудь способом.

Так как, далее, согласно правилу Schulz'a, вещества, действующие в больших дозах токсически, в малых действуют стимулирующе, то возможно, что и малые дозы спермотоксинов, напротив, способствуют оплодотворению. Таким образом в наших руках имеются средства, при помощи которых можно регулировать по собственному желанию производительные силы природы. Это имеет, конечно, колоссальное практическое значение, так как, с одной стороны, дает возможность бороться с вредной или нежелательной во многих случаях беременностью у людей, а с другой—позволяет нам увеличить приплод полезных животных в экономических целях животноводства.

Дальнейшая разработка учения о спермотоксинах показала, что биологическая роль их еще шире, чем это можно было думать с первого взгляда. Работами Лондона, подтвержденными и другими исследователями, установлено, что нормальная кровь животных и людей содержит в себе спермотоксины всех видов (ауто-изо-и гетеро-). При этом сыворотка такой крови обладает очень большой энергией; так, наприм., спермотоксическая сила кроличьей крови по отношению к морской свинке сильнее ее гемолитической силы в $6\frac{1}{2}$ раз (Лондон). На образование таких „физиологических“ спермотоксинов не оказывает существенного влияния ни возраст, ни пол, ни половая зрелость. В общем эти спермотоксины как-бы составляют врожденную принадлежность всякой крови!

Раз спермотоксины являются постоянной составною частью крови и всегда находятся в животном организме, то естественно думать, что явление это—не случайное, а необходимое, и что ему принадлежит какая-нибудь существенная физиологическая роль. Мы привыкли считать, что в организме всякое вещество имеет свое назначение. Само собою понятно, что и этому факту пытались дать соответственное объяснение. Известно, что, находясь в семенной железе и ее придатке, сперматозоиды не обладают самопроизвольным движением и, только попав в соответствующие жидкости, приобретают эту способность. Лондон, обратив внимание на это явление, высказал предположение, что биологическое назначение аутоспермотоксинов заключается в том, чтобы до поры—до времени держать сперматозоидов в паретическом состоянии, дабы они не израсходовали своих сил на бесцельное движение. Он думает, что сперматозоиды в определенных жидкостях организма отдают обратно спермотоксин и тем восстанавливают свою способность к движению. Однако уже то обстоятельство, что спермотоксины встречаются и в женском, и в детском организме, а равно и то, что некоторые опыты, произведенные мною, дали результаты не в пользу этой гипотезы, заставило меня усомниться в правильности такого предположения. Я придаю этому явлению совершенно иное объяснение.

По моему мнению явление это — совершенно случайное, хотя и неизбежное, и что, как это ни странно, никакого определенного физиологического назначения оно не имеет. Дело вот в чем: каждая самка, женщина во время coitus'a получает мужской эякулят, содержащий у человека приблизительно 400 миллионов семенных нитей, каковой эякулят всасывается слизистыми оболочками половых путей, особенно матки. У человека это всасывание усиливается

еще, благодаря слущиванию эпителия маточной мукозы во время *meneses*, а у многих животных всасыванию способствует то, что обратное вытекание спермы становится у них невозможным вследствие образования особой слизистой пробки в половом канале или вследствие особого анатомического устройства полового аппарата. Всосавшись и в конце концов попав в кровь, сперматозоиды вызывают здесь образование спермотоксинов. Последние, как активно образовавшиеся антитела, да еще от такой обособленной, специфической ткани, прочно держатся в организме. Мать,нося внутриутробный плод, передает ему вместе с остальными соками своего организма и спермотоксины. Если теперь принять во внимание, что, по вычислению Кногга, одна единица антитела вырабатывает до 100000 единиц антител, и что это явление имеет место с незапамятных веков и из поколения в поколение, то нет ничего удивительного в том, что, наконец, в некоторой доле спермотоксины становятся составной частью всякого организма.

Относительно самого всасывания семени имеются и прямые, и косвенные доказательства. Так, Waldstein и Esler обнаружили после *coitus'a* у кроликов в крови протеолитические ферменты к семенной железе, которые держались в крови 14 дней. Кроме того, мои личные опыты показали, что искусственные спермотоксины гораздо медленнее исчезают из организма самок, если последние имели половую связь с самцами. *Coitus* здесь заменяет инъекцию сперматозоидов при иммунизации. У привитых самок после *coitus'a* на третьи сутки титр спермотоксинов заметно повышался.

Таким образом с моей точки зрения „физиологические спермотоксины“ суть ничто иное, как наследственный спермотоксический иммунитет. При нормальных условиях он никогда не достигает такой силы, чтобы создать бесплодие, но при патологических условиях бесплодие легко может иметь своим источником избыток спермотоксинов. Некоторые произведенные мною в этом направлении исследования как будто подтверждают сказанное. Бесплодные женщины, напр.,—оказалось,—действительно имеют повышенный спермотоксический титр, и кровь их быстро агглютинирует сперматозоидов: кроме того Sakaki наблюдал бесплодие у больных с миомами матки, которое он ставил в зависимость от способности сыворотки миоматозных больных склеивать хвостики сперматозоидов.

Продолжая далее разбор вопроса о спермотоксинах, остановлюсь на знаменитых опытах Brown-Séquard'a, которые впервые подали надежду на возможность „омолаживания организма“. Известно, какой чрезвычайный подъем сил вызвало введение семенной вытяжки у этого ученого, с каким энтузиазмом было встречено его открытие, и каким разочарованием оно потом сопровождалось. Особое внимание обращаю на то обстоятельство, что в самом начале своих опытов Brown-Séquard пользовался свежесожатым соком семенных желез собак и морских свинок; уже позднее к этому соку, в целях консервирования, он стал прибавлять глицерин, а еще позднее, по предложению d'Arsonval'я, сок стали пропускать через каолиновые свечи. Несомненно, в первоначальной модификации Brown-Séquard пользовался соком, содержащим живых подвиж-

ных сперматозоидов, и это парэнтеральное введение семенных нитей вызывало в крови образование спермотоксинов, а так как сперматозоиды принадлежат к тканево-специфическим антигенам, то образовавшиеся антитела вели себя, как ауто-спермотоксины.

Поразительный факт возвращения физических и духовных сил у Brown-Séquard'a, вероятно, и объясняется влиянием спермотоксинов. По моему мнению ауто-спермотоксины (resp. спермотоксины вообще) оказывают особое действие на половую железу, вызывая усиление внутрисекреторной ее деятельности. За такое предположение говорят следующие данные: 1) мускульная сила и другие атрибуты молодости усиливаются при выпрыскивании семенной вытяжки не сразу,— по опытам Brown-Séquard'a, и др. французских и немецких авторов повышение их можно констатировать только спустя 8 дней после последней инъекции (т. е. когда уже образуются спермотоксины); 2) продолжительность действия вытяжки измеряется многими месяцами (т. е. пока спермотоксины еще оказывают свое действие); 3) у других авторов полученные результаты оказались в значительной мере отличавшимися от полученных Brown-Séquard'ом,—вероятно, потому, что они пользовались препаратами, в которых не было живых сперматозоидов (последние были убиты глицерином, или отсутствовали вследствие фильтрации через каолиновые свечи).

Почему именно спермотоксинам, а не другим веществам (белкам, ферментам, гормонам), я придаю такое значение,—станет понятным из моих теоретических представлений. Проф. Steinach, который производил перевязку изолированного от нервов и сосудов vas deferens семенной железы, получал чрезвычайно резко выраженный эффект омоложения организма. Факту этому были даны различные толкования, как самим Steinach'ом, так и другими исследователями, причем как будто и сторонники Steinach'a, и его научные противники сходятся в одном: они думают, что здесь происходит изменение внутренней секреции половой железы, благодаря которому восстанавливается так наз. consensus partium,—согласованность частей и функций. Мне кажется, что механизм Steinach'овской операции можно представить в таком виде: при перевязке семяпротока происходит накопление сперматозоидов в семенных канальцах, а затем их гибель и рассасывание, причем парэнтеральное поступление сперматозоидов в кровеносную систему вызывает в крови образование спермотоксинов; последние в свою очередь оказывают влияние на половую железу, где зародышевые и Leydig'овские клетки находятся в условиях физиологического равновесия,—и в результате происходит усиленное образование генолов, которые и несут с собою общее тонизирование всей нервной системы.

Насколько мне известно, никто в опытах Steinach'a не интересовался содержанием в крови спермотоксинов, а между тем прямые опыты показывают, что при перевязке семяпровода они быстро накапливаются в крови. Я ссылаюсь на свои собственные опыты и отчасти на опыты д-ра Соколова. Аналогичные результаты получены были Нефедьевым при перевязке у кроликов одного мочеточника, причем в крови происходило образование нефротоксинов.

Эти теоретические соображения получили подтверждение в двух моих случайных опытах. В одном опыте я привил самца морской свинки взвесью сперматозоидов быка. Самец, плодовитый до этих пор, потерял эту способность, но вполне сохранил внешний вид, силы, здоровье, половую потенцию и *libido sexualis*. Когда затем он был убит, то оказалось, что половые железы его почти не содержали живых сперматозоидов; зародышевые канальцы у него были атрофированы, интерстициальная же ткань с заложенными здесь Leydig'овскими клетками, наоборот, представлялась сильно разросшейся. Этот опыт был произведен мною еще до европейской войны, когда работы Steinach'a до нас не доходили; тогда этому факту я дал указанное выше объяснение (Ученые Записки Каз. Ветеринарного Института, 1917 г., стр. 188).

Другой опыт касается женщины, которой врач, с целью предупреждения беременности, вводил под кожу, по моему методу, мужской эякулят и совершенно неожиданно получил эффект омоложения, — подъем физических и духовных сил, набухание молочных желез, улучшение внешности и пр. К сожалению, пациентка, по ее личным соображениям, не пожелала продолжать прививок, и опыт оборвался. Надо думать, что именно образование в ее крови спермотоксинов дало толчок к прекращению уже начавшегося увядания. Этот опыт, правда поставленный далеко не *lege artis*, открывает нам широкие перспективы для новых изысканий. Может быть, вместо Steinach'овской операции или трансплантации желез, какую предлагают Воронов и Brinskly, достаточно лишь вызвать в крови увядающего организма некоторый избыток спермотоксинов, чтобы возвратить ему прежнюю силу и уходящую молодость.

К характеристике положения рентгенологии в России.

(Краткий отчет о командировке в Москву).

Ординатора Факультетской Хирургической Клиники Казанского Университета Л. Д. Подляшука.

Благодаря ходатайству проф. В. Л. Боголюбова и Хирургической Предметной Комиссии, я весной истекшего 1923 года был командирован Правлением Казанского Университета в Москву для изучения рентгенологии. Отправляясь в командировку, я наметил себе следующий план будущей работы: исходя из тех соображений, что врач-рентгенолог должен быть хорошо знаком с рентгеновскими аппаратами и свободно управлять ими, я думал сначала изучить специально рентгентехнику, начав со старых, даже вышедших уже из употребления аппаратов и постепенно переходя к более совершенным, современным, затем заняться рентгенодиагностикой, уделив особое внимание рентгенографии и новым диагностическим методам, и, наконец, познакомиться с рентгенотерапией.

По приезде в Москву мне скоро пришлось убедиться, что работать по начертанному таким образом плану мне не придется. Приступая к выполнению первого пункта этого плана, я сразу встретил значительные препятствия, которые заставили меня отказаться от планомерной работы. Как оказалось, в Москве совершенно негде изучить рентгенотехнику. Даже крупные рентгеновские учреждения, как, напр., опытный рентгеновский кабинет при Физическом Институте, Центральный Рентгеновский Институт, Государственный Институт Физииатрии и Раковый Институт, не могли придти мне в этом отношении на помощь. Оказывается, московские рентгенологи чрезвычайно слабы в области рентгенотехники и, что меня особенно удивило, не считают даже нужным для врача-рентгенолога детальное знакомство с рентгеновскими аппаратами. Чтобы ознакомиться с физической и технической сторонами дела, мне пришлось обратиться к находившимся в Москве немецким рентгенотехникам, которые любезно и пришли мне на помощь. Правда, это не носило характера научного изучения рентгенотехники, но все же за время своего пребывания в Москве мне удалось чисто-практически в достаточной мере познакомиться как со старыми аппаратами, начиная со старых индукторов, трансформаторов, различных прерывателей и др., так и с современными, каковы, напр., „Heliodor“ Veifa-Verke, Neointensivreformapparat, Intensivreformapparat, Hartstrahlapparat, Transver-Koch und Sterrel, Ionometer Vulfa, Intensimeter Fürstena u, Friedrich'a и др.

Рентгенодиагностику я изучал главным образом в Рентгеновском Институте II Московского Университета, где я с первого и до последнего дня своего пребывания в Москве работал в качестве госпитанта. Ввиду того, что этот Институт по своему оборудованию и постановке дела является лучшим не только в Москве, но, пожалуй, и во всей России, я несколько подробнее остановлюсь на его описании.

Институт занимает 6 комнат в нижнем коридоре Медведниковской Больницы: в одной помещается машинное отделение, другая посвящена рентгенотерапии, две следующих — рентгеноскопии, в пятой расположена библиотека, а шестая служит для фотографических работ.

В машинном отделении, представляющем собою большую комнату, находятся два больших заграничных аппарата: Neointensivreformapparat и Hartstrahlapparat. Оба они служат только для терапии, отличаются друг от друга очень немногим. Первый дает maximum нагрузки — 250.000 вольт, второй — 200.000 вольт. Neointensivreform состоит из 2 больших масляных трансформаторов, около которых находится т. наз. „Heizzusatzapparat“ для Coolidge'евских трубок. Трансформаторы снабжены двумя выпрямителями, которые приводятся в действие двумя синхронными моторами. Hartstrahlapparat представляет собою большой масляный трансформатор с другим маленьким — для накаливания лампочки у трубки Coolidge'a. Мотор для этого аппарата, в виду его громозкости, и Umformer помещаются в подвальном этаже. По своей работоспособности Neointensivapparat значительно лучше.

Из 2 комнат для рентгеноскопии одна (№ 2) служит исключительно для целей рентгенографии. Это — просторная комната, выкра-

шенная в серый цвет, не затемненная. Для рентгенографии пользуются современным аппаратом „Heliodor“. Аппарат этот—очень удобный, негромоздкий, легковесный, легко переносимый и дающий возможность не только снимать, но и просвечивать. „Heliodor“ приспособлен только для работы с трубками Coolidge'a. Он может дать до 85 KV и 50 МА. Из недостатков его нужно лишь отметить невозможность продолжительной работы из-за отсутствия выпрямителя. В этой же комнате у стены помещается шкаф, в котором заключены 2 трансформатора с выпрямителем Siemens'a и Halske. Аппарат этот обслуживает соседнюю рентгеноскопическую комнату № 1, но для удобства помещен здесь. Тут же в углу находится забытый веркальный стереоскоп. Дополняет обстановку небольшая лаборатория и необходимые приспособления для снимков.

В описанной комнате получают исключительно снимки. Снимки эти—всякие и всех органов, но только с выдержкой. Последнее объясняется тем, что до сих пор в Институте нет трубок Coolidge'a, допускающих нагрузку выше 15 МА. Обычно работа производится при 10—15 МА. Выдержка чрезвычайно мала. Всегда пользуются усиливающим экраном. Пластины употребляют русские, немецкие и американские, причем последние предпочитают.

Для проявления пластины переносят в фотографическую комнату. Последняя отделена от предыдущей комнатой и корридорм, имеет корридоробразный вход, плотно затемнена. Из особенностей обстановки можно лишь отметить автоматическую электрическую качалку и некоторые другие удобства (обилие фонарей и т. п.). Снимает и проявляет специалист-фотограф, имеющий большой рентгенографический стаж. Обычно он сам делает все, лишь изредка обращаясь за указаниями к директору. Снимков в Институте делается много,—ежедневно не менее десяти, причем огромный % падает на хирургические случаи. Легкие, сердце, пищевод и кишечник снимают редко,—чаще ограничиваются просвечиванием этих органов. Из остальных внутренних органов на первом месте стоят почки, при рентгенографии которых часто применяют предварительное наполнение лоханки 10% раствором *Natr. bromati*. Должен отметить, что эти снимки в Институте всегда выходят прекрасно. Кроме почек часто рентгенографируются пораженные суставы, затем позвонки и, наконец, различные другие объекты (зубы, Highmoro'вы полости, hyrophysis). Из наиболее интересных снимков, виденных здесь мною, упомяну о снимке толстых кишок, после контрастной клизмы, давшем возможность поставить диагноз опухоли *flexurae sigmoideae*,—о снимке почки после вдувания воздуха в околопочечную клетчатку (надо заметить, что этот последний диагностический метод является чрезвычайно ценным, ибо дает нам не только ясные границы всей почки и *hylus'a*, но и некоторые данные относительно надпочечника),—о снимке черепа, сделанном после вдувания воздуха в желудочки мозга (через спинномозговой канал) и представляющем чрезвычайно красивую картину, дающую ценные диагностические данные для невропатологов, и пр.

В первые 1½ месяца своего пребывания в Институте я уделял большое внимание рентгенографии—сначала в качестве зрителя и слушателя, потом перейдя к активной роли. Впоследствии я само-

стоятельно снимал, проявлял и т. п., но, по моей просьбе, под контролем заведующего, который, кстати сказать, чрезвычайно любезно руководил моей работой. В заключение я познакомился с приготовлением диапозитивов.

Рентгеноскопическая № 1 служит только для просвечивания. Это—большая комната, выкрашенная также в серый цвет. Посредине ее стоит очень удобный штатив Siemens'a и Halske, служащий для просвечиваний в стоячем положении. Для просвечивания в лежачем положении имеется прекрасный трохоскоп, но в Институте им редко пользуются. Неподалеку от штатива находится распределительный столик (Siemens'a и Halske) современной конструкции, приспособленный как для работы с газовыми трубками, так и для Coolidge'a. Есть здесь и приспособление для моментальных снимков. Трансформаторы, как уже говорилось выше, находятся в соседней комнате; это сделано для того, чтобы во время объяснений при просвечивании не было шума. Дополняют обстановку комнаты большой фонарь для рассматривания негативов с реостатом, допускающий очень тонкую регулировку света, затем различные предохранительные приспособления и, наконец, такие предметы, как ширма для больных, обитое свинцом кресло для рентгенолога и пр. Незадолго до закрытия Институтом был получен из Германии Siemens'овский Universalstativ. Это—последнее слово техники. Штатив этот размером не больше прежних Siemens'овских, позволяет рентгеноскопировать больного не только в стоячем положении, но и в сидячем, для чего при нем имеется легко ввинчиваемый стул. При нажатии ногой пружины весь штатив ложится и превращается в трохоскоп. Этот же штатив позволяет производить снимки и в лежачем положении больного, для чего имеется соответствующее приспособление. Кроме всего этого, штатив позволяет производить телерентгеноскопию и телерентгенографию. Наконец, большое удобство его заключается еще в том, что рентгенолог совершенно независим от него,—сидя на месте, он может, напр., производить различные манипуляции с блендой и т. п. Для просвечиваний в Институте пользуются исключительно трубками Coolidge'a. Рентгеноскопический материал огромный,—кроме того, что Институт обслуживает госпитальные клиники II Университета, для этой цели служит масса амбулаторных больных (15—20 и более ежедневно). При этом большой % падает на больных с заболеваниями грудных органов, легких и сердца. Далее идут больные, нуждающиеся в рентгенокопии пищевода, желудка и кишечника, наконец, с аномалиями скелета и т. д. Процессы в легком диагностируются чрезвычайно тонко. Незначительная вуаль верхушек выделяется одинаково с инфильтратом. Тонко обрисовываются также hylus, мелкие железки и перибронхитические тяжи. Рентгенодиагностика сердца и сосудов тоже отличается точностью. Не хуже обстоит дело с диагностикой болезней желудка и кишечного канала. Для кишечника в Институте применяются более новые диагностические приемы, как, напр., вдвигание воздуха в rectum и контрастная клизма; оба эти метода совершенно безболезненны и дают чрезвычайно ценные результаты, особенно первый, которым часто пользуются для диагностики заболеваний органов брюшной полости. Для этой последней цели, однако, главным образом

служит *pneumoperitoneum*, который позволяет видеть и высоколежащие органы, как диафрагму и печень. Кроме того, *pneumoperitoneum* дает возможность определять границы, положение и состояние почек и селезенки. Технически это — метод несложный, хотя и несколько болезненный. Из других новых диагностических приемов должен еще раз отметить вдвухание воздуха в околопочечную клетчатку, при котором получается возможность ясно различать не только границы, положение и состояние почек, но и надпочечники. Техника его очень проста и безболезненна. Все сказанное достаточно говорит, насколько совершенно поставлена рентгеноскопия в Институте. Заведует ею сам директор Института А. В. Айзенштейн. В те дни (4 раза в неделю), когда А. В. рентгенографирует, бывает обычно много врачей, ибо все просвечивания и приемы сопровождаются соответственными объяснениями. Кроме того, раз в неделю А. В. читает курс рентгенодиагностики студентам-медикам.

Для рентгенотерапии служит в Институте большая, не затемненная комната, которая разделена свинцовой, доходящей до потолка, перегородкой на 2 половины: большая для больных и меньшая для медицинского персонала. В первой половине стоят два стола, над каждым столом помещается терапевтическая трубка Coolidge'a, укрепленная на штативах Jamina. Перед самым закрытием Института были получены из Германии новые штативы для терапии проф. Vintza, которые значительно удобнее прежних. Проводка идет из машинного отделения, где помещаются все аппараты. В отделении для персонала помещаются 2 распределительных стола и 2 главных выключателя, соответственно 2 аппаратам: *Neointensivreformapparat* и *Hartstrahlapparat*. Пользуются пока только первым, второй еще не работает за отсутствием вентиля. Распределительные столики отличаются обилием реостатов, допускающих очень тонкую регулировку вольтажа и ампеража; управлять ими не так просто, — нужен некоторый навык и знание. Должен сказать, что из современных аппаратов *Neointensivreform* по своей работоспособности не заслуживает тех похвал и громких реклам, которые усердно распространяет о нем почтенная фирма Reiniger, Gebbert und Schall. Редкий день приходилось видеть, чтобы аппарат работал спокойно в течение 6 часов, — обычно то мотор, то что-нибудь другое портится, и приходится временно прерывать работу. Работа ведется на 2 столах одновременно, редко только на одном; ведется ежедневно, непрерывно от 10 до 2—3 ч. дня, одними и теми же трубками. Материал доставляют стационарные и амбулаторные больные госпитальных клиник II Университета. Проводится исключительно глубокая терапия, поверхностная не применяется. Распределяется материал так: большой % падает на опухоли, главным образом злокачественные, потом идет *tbc* костей, суставов и желез и, наконец, различные другие болезни. Из опухолей надо отметить много сарком (*angiosarcoma nasi*, *sarcoma mandibulae*, *pulmonum*, *costarum*, *renis* и др.), потом, конечно, раки (*cancer laryngis et epiglottidis*, *oesophagi*, *mammae*, *uteri*, *penis* и др.) Из других опухолей следует упомянуть о фибромиомах матки (много), опухолях гипофиза (много), глиоме сетчатки, зобах. Много также *tbc* — желез, костей, суставов, мочевого пузыря (2 случая), брюшины (1 сл.) Из остальных заболеваний, пользующихся в Инсти-

туте х-лучами, можно отметить actinomycosis, asthma bronchiale, morbus Hodgkini, favus, lupus vulgaris и др. Техника: трубки Coolidge'a, допускающие очень высокое напряжение и до 4 МА; аппарат Neointensivreform; фильтр 3 и 6 милл. алюминия; освещение многопольное, перекрестное. Ампераж всегда один—2 МА; напряжение зависит от случая: глубоко расположенные процессы, нуждающиеся в более жестких лучах, получают до 190 KV. поверхностные—140 KV. В зависимости от напряжения берутся и фильтры: при 140 KV 3 милл. алюминия, при 190 KV—6 милл. Исходной точкой является эритемная доза, для определения которой в Институте пользуются хроморадиометром Sabouraud и Noiré. Для определения Prozentualetiefendosis пользуются фантомом (водяным) и интесиметром Fürstenaц. которым, впрочем, при мне редко пользовались. Надо сказать, что постановка рентгенотерапии в Институте требует еще много лучшего. Требования современной рентгенотерапии строго здесь не соблюдаются. Начать с того, что однородного пучка здесь не получали, о нем работающие в Институте только мечтают. Причина—отсутствие фильтров. Prozentualetiefendosis, если и определяется, то очень редко, так что фактически здесь руководствуются только ED, а этого чрезвычайно недостаточно с современной точки зрения. Впрочем, если теоретически рентгенотерапия в Институте далека от современных требований, то практически все же она многое давала и дает. Так, напр., весьма хорошие результаты были получены от нее при лимфаденитах, бугорчатке суставов, бугорчатке мочевого пузыря, доброкачественных опухолях, особенно фибромиомах матки; хорошо поддаются лечению также некоторые саркомы, труднее—раки. Определенных взглядов в данной области в Институте еще не выработано, но это и понятно,—надо иметь в виду, что он существует только $1\frac{1}{2}$ года. В ближайшие месяцы он получит все необходимое из Германии, и тогда рентгенотерапия будет проводиться здесь согласно всем современным требованиям.

Заканчивая описание Института, должен отметить, что как директор его, так и его ближайшие помощники чрезвычайно любезно шли мне навстречу, за что не могу не высказать им глубокой благодарности. Директор и в его отсутствие ассистенты широко открыли мне двери Института, дав возможность не ограничиваться только ролью зрителя, но и проявлять некоторую активную деятельность. Это обстоятельство, а также вся постановка дела в Институте—частые собеседования, постоянные объяснения—оставили во мне, в общем итоге, прекрасное впечатление от этого учреждения.

Не забывая, что в Казани мне навряд-ли придется встретиться с новыми аппаратами, и желая детально ознакомиться с работой со старой аппаратурой, я, не прекращая посещений Института, посещал и различные другие рентгеновские кабинеты и институты Москвы, знакомясь с постановкой в них дела и работой, причем в некоторых я опять-таки был не только простым зрителем, но и активным работником. Так, напр., было в кабинете при быв. Больнице Александровской Общины сестер милосердия Красного Креста. Кстати сказать, этот кабинет я очень охотно посещал, ввиду возможности для себя, во-первых, некоторой активной работы в нем, а во-вторых, ввиду постоянных подробных объяснений со стороны

заведующего кабинетом д-ра Б. Е. Пушина. К сожалению, оборудование этого кабинета—очень старое и ветхое.

Из других рентгеновских кабинетов Москвы я некоторое время (около 10 дней) посещал „опытный рентгеновский кабинет“ при Физическом Институте (заведующий д-р С. П. Лазарев). Я отправился туда с намерением познакомиться, главным образом, с физической стороной дела, но с этой стороны, как оказалось, ничего не смог получить. Несмотря на громкое название „опытного кабинета“ и нахождение его при Физическом Институте (директор—академик П. П. Лазарев), в действительности работа в кабинете ограничивается лишь элементарной рентгенодиагностикой. Кабинет обсеруован довольно прилично, хотя установки старые,—две индукторские и две трансформаторные. Занятия ведутся три раза в неделю, по 3 часа. Материал небольшой, случайный. С научной стороны кабинет ничего интересного не представляет. Объяснения даются очень скудные и недостаточные.

Из небольших университетских кабинетов я побывал в кабинетах при Госпитальной Хирургической, Факультетской Хирургической и Факультетской Терапевтической клиниках I Московского Университета. Установка в последних двух—старая индукторская, в первом же имеется трансформатор Siemens'a и Halske. Обстановка всюду очень бедная, ни в одном из этих кабинетов нет даже приличного штатива для просвечивания. Работа заключается в просвечиваниях и снимках, причем кабинеты обслуживают амбулаторный и стационарный материал клиник.

Далее, во время своей командировки я посещал кабинеты при Остроумовской, Басманной и Старо-Екатерининской больницах. Все эти кабинеты также ничего особенного не представляют. Наилучшее впечатление произвела на меня работа в кабинете при Басманной больнице (заведующая—д-р В. Н. Панцук ова): достаточно различные просвечивания, безукоризненные снимки.

Из рентгенотерапевтических кабинетов упомяну о кабинете при Кожно-венерической клинике I Московского Университета. Кабинет помещается в небольшой комнате. Старый, хотя и мощный, индуктор французской фирмы Sargentier, прерыватель Арех, небольшая ширмочка—вот и вся его обстановка. Кабинет служит исключительно для поверхностной рентгенотерапии, рентгенодиагностикой здесь не занимаются. Материал—амбулаторные и стационарные больные клиники. Ежедневно проходит 5—6 человек. Лечат favus (чаще всего), экземы, sycozis, кожный туберкулез, редко кожный рак и др. Работают исключительно с газовыми трубками. Предварительно на больном определяется ED, которая раз навсегда устанавливается. Ампераж—1 МА; вольтаж неизвестен, так как аппарат редко встречающийся, и максимальное напряжение узнать не могут; жесткость—6 по Ваугу; фильтры не применяются; освещение многопольное. В основу терапии здесь положен личный опыт. „Хотя я и не знаю,—говорил мне заведующий кабинетом,—сколько даю больному, и какой % лучей поглощает болезненный очаг, но я знаю, что при такой то установке, при таких-то полях, в столько-то сеансов я получаю нужный результат“. Эти слова достаточно ярко характеризуют постановку терапии в кабинете. Все же заведующий находит, что и эта терапия дает хорошие результаты. Он сообщает, что у него имеется

много случаев излечения грибковых заболеваний кожи и экзем; плохо поддаются лечению гипертрофический tbc и sykosia.

В Клинику для лечения опухолей I Университета (бывш. Морозовский Раковый Институт) я попал в неудобное время: во-первых, за 10 дней до закрытия на каникулярное время, во-вторых,— когда только что были получены из Германии новые аппараты для терапии, вследствие чего в Институте царил ужасный беспорядок. Но так как работа не прекращалась, то я имел возможность познакомиться с Институтом. Заведующий, д-р Френкель, очень любезно познакомил меня с оборудованием и постановкой дела здесь. Рентгеновское отделение клиники занимает 4 комнаты: две служат для рентгенотерапии, третья—для диагностики и четвертая—лаборатория. Диагностическая комната—небольшая, затемненная глухими занавесями. Посредине стоит очень удобный штатив для просвечивания. У стены—трансформатор фирмы Koch und Sterzel, самой последней конструкции; там же находится маленький трансформатор для трубки Coolidge'a. Распределительный столик—этой же фирмы, с приспособлением для моментальных снимков. Трубками пользуются только газовыми, но очень удобными, современными, выдерживающими большую нагрузку и обладающими длительною работоспособностью,—„Siedröhren“. Мне неоднократно приходилось видеть здесь просвечивание грудной клетки и желудка. Не скажу, что получавшиеся картины были плохи, но я ожидал большего. Дело в том, что в другом кабинете, о котором речь будет ниже, и где работа ведется с трансформатором этой же фирмы (который многими считается лучшим из всех современных), просвечивание дает значительно более отчетливые картины. Так как в этом последнем кабинете работают с трубками Coolidge'a, то надо полагать, что ухудшение стоит в связи с применением именно газовых трубок.

Временно предназначенная для рентгенотерапии комната—очень маленькая, затемненная, выкрашена в черный цвет. У стены—два 20-сантиметровых индуктора Sachse с газово-ртутными прерывателями и с „искровыми расстояниями“. Работают индукторы очень плохо, обратные токи представляют постоянное явление. От индукторов проводка к 2 газовым трубкам на штативах Jamin'a и Lembergtz'a. Рентгенотерапия ведется одновременно на 2 столах. Ежедневно работают по 6 и более часов. Применяется исключительно глубокая терапия. Материал, доставляемый, главным образом, Пропедвической Хирургической клиникой I Университета,—почти исключительно саркомы и раки. Часто рентгенизации подвергается, с целью предупреждения рецидивов, послеоперационное поле после удаления злокачественных опухолей. Cancer uteri не лечится рентгенизацией, а ралим; тоже самое надо сказать и о раке частей лица. Что касается техники, то о гомогенном пучке говорить здесь не приходится. Как я уже упомянул выше, для терапии пользуются индукторами, дающими только 30 KV, т. е. такое количество вольт, с которым трудно что-нибудь сделать. МА—всего 1, фильтр—3 милл. алюминия, жесткость—9 по Вагг'у (она не всегда такая, но ее исправляют во время работы). Сеанс продолжается целый час с 3 перерывами по 5 мин. для охлаждения антикатада и мотора. В один сеанс дается 5Н, что приблизительно соответствует 1 НЕД, по

Sabouraud и Noiré, но это—лишь теоретически, фактически же дается наверное $\frac{3}{4}$, а то и $\frac{1}{2}$ ED. Освещение применяется многопольное, с очень большим числом полей. Ни интензиметром, ни фантомом, за неимением их, не пользуются. При мне в кабинете ставились новые аппараты, полученные из Германии,—Neointensivreform и Hartstrahlapparat,—и с осени, можно надеяться, работа здесь будет вестись более современно.

Ввиду наступления каникулярного времени и закрытия Рентгенотерапевтического отделения в Институте II Университета, у меня оказалось свободное время, и я, желая использовать его, в середине июля отправился в Рентгеновское отделение Государственного Института Физииатрии и Ортопедии (директор—проф. С. Б. Вермель), куда и поступил экстерном. Этот Институт я посещал целый месяц, так что смог достаточно ознакомиться с ним. Рентгенодиагностикой там мало занимаются, да она меня здесь и мало интересовала, а больше интересовала рентгенотерапия. Предназначенная для этой последней комната—очень большая, светлая, сухая. У одной стены ее расположены 2 48-сантиметровых индуктора Sachse с газовой-ртутными прерывателями; от них идет проводка к 2 трубкам, укрепленным на штативе Jamina, стоящем у столов для больных. Работа ведется одновременно на 2-х столах: левом с газовыми трубками, правом с трубкой Coolidge'a; для последней имеется специально приспособленный маленький трансформатор. Левый индуктор снабжен вентильной трубкой, правый—„искровым расстоянием“. В кабинете имеется еще не собранный Hartstrahlapparat, который предполагалось пустить осенью. Рентгенотерапия проводится в большом масштабе, как поверхностная, так и глубокая. В день проходят 10—12 человек. Кожная терапия проводится по старым принципам, исключительно газовыми трубками (обыкновенно Müller'овскими). Фльтрация применяется в зависимости от характера случая; так, favus и грибковые заболевания кожи освещаются без фильтра, в других случаях применяют алюминиевые фильтры в 1—2 милл. толщиной. Для определения ED пользуются хромо-радиометром Sabouraud и Noiré. Техника: ампераж—2 МА, хотя обычно бывает меньше; жесткость 8—9 по Bauer'y; напряжение точно неизвестно, но приблизительно 60—80 KV; расстояние—23 сант.; $f=6 \times 6$. Что касается материала, то большой % падает на favus и herpes tonsurans, много также случаев экземы и psoriasis vulgaris, несколько меньше—sykosis, ulcus rodens и др. Мне лично пришлось видеть прекрасные результаты лечения при herpes tonsurans и особенно при favus.

Для глубокой терапии пользуются трубкой Coolidge'a при алюминиевом фильтре в 4 милл.; ампераж и вольтаж те же; освещение многопольное и перекрестное, причем удивляет большое количество полей,—при фибромиомах матки, напр., 8—10, при раке грудной железы—8 и т. п. Обычно в 1 сеанс дается 1 ED. Ни фантомом, ни интензиметром за время моего пребывания в Институте ни разу не пользовались, хотя имеется интензиметр Fürstenaу. Материал для глубокой терапии следующий: большой % падает на опухоли, особенно злокачественные (раки губ, языка, грудных желез, матки, яичек и пр., много также сарком); далее идут случаи

туберкулеза желез и суставов и, наконец, различные другие случаи (struma, актиномикоз, *glyomatosis*, фибромиомы матки). Из них хорошие результаты дает туберкулез, особенно желез, прекрасные также — *leukemia*. Директор сообщил мне, что и злокачественные опухоли хорошо поддаются лечению, но лично я этого не видал. С точки зрения современной рентгенотерапии описанная постановка дела является неправильной, но если это можно сказать по отношению к глубокой терапии, то по отношению к поверхностной этого нельзя категорически утверждать: многие рентгенологи до сих пор придерживаются старых взглядов на поверхностную терапию. Профессор Вермель дает некоторое обоснование своей терапии. Мнения многих современных рентгенологов в этом вопросе он не разделяет и полагает, что х-лучи, безразлично мягкие и жесткие, оказывают одинаковое биологическое действие, почему при кожной терапии и можно применять мягкие лучи, пользуясь только ED. Дозы Seitz'a и Vintz'a, по его мнению, зачастую несоответственно велики. Поэтому современные аппараты он употребляет только для целей глубокой терапии, для поверхностной же считает возможным по-прежнему пользоваться индукторами по старым принципам.

Д-р А. В. Айзенштейн пригласил меня познакомиться с постановкой дела лечения х-лучами в его частном кабинете. Последний занимает одну комнату, которая служит и для диагностики, и для терапии. Для диагностики д-р А. пользуется трансформатором Siemens'a и Halske и чрезвычайно удобным штативом. Для терапии имеется современный Intensivreformapparat, дающий 200 KV. Работа ведется исключительно с трубками Coolidge'a. Имеется современный штатив Vintz'a для терапевтических трубок. Техника: KV—180, MA—2, фильтр—0,5 милл. цинка и 1 милл. алюминия. Для определения ED А. пользуется хроморадиометром Sabouraud и Noire, для определения Prozentualtiefendosis—фантомом и интензиметром Fürstenau. Работа ведется с „практически-гомогенным пучком“. Таким образом почти все требования современной глубокой рентгенотерапии здесь оказываются соблюденными.

Из других, виденных мною в Москве, рентгенологических кабинетов я останавлиюсь еще лишь на Институте Германского Красного Креста и Кубув. Это—небольшая комната с современным немецким оборудованием. У стены—последней конструкции Transver Koch'a и Sterrel'a (150 KV) и маленький трансформатор для Coolidge'a. Трансформатор служит и для просвечиваний, и для снимков, и для терапии. Имеется современный, очень удобный штатив для просвечивания—той же фирмы. Как для снимков, так и для терапии служит простой стол, снабженный штативом Vintz'a. Материал большой, амбулаторный. Просвечивание выполняется идеально,—настолько, что рентгенолог редко прибегает к снимкам. Незначительный дивертикул пищевода, напр., виден не хуже, чем на рентгенограмме, идеально вырисовываются, далее, даже точечные бронхиальные железы, незначительная вуаль легкого и т. п. Снимки приличные. Поверхностная терапия проводится в Кабинете по старым принципам. Трубки газовые, фильтр редко применяется, иногда лишь 1—2-миллиметровый алюминиевый. Заведующий Кабинетом д-р Holst несогласен с Seitz'em и Vintz'em в вопросе о дози-

ровке при поверхностной терапии: основываясь на своем личном опыте, он проводит терапию по старым принципам. Материал: favus, paevus, trichophitia. Глубокая терапия проводится современная. Техника: KV—150, 3 МА, трубки Coolidge'a, расстояние—26 сант., f—8×8, в 1 сеанс—1 НЕД, фильтр—0,5 Zn и 1 mm. Al. Предварительно на больном определяется ЕД, потом, посредством интензиметра Fürstenaу, а изредка (для проверки последнего) ионтовантиметром Vulfа и фантомом (водяным или восковым), определяется Prozentualetieftendosis. Пользуются здесь также, приблизительно, таблицей доз Seitz'a и Vintz'a.

Описанным учреждением я и закончил свое знакомство с постановкой рентгенодиагностики и рентгенотерапии в Москве. Кроме того, за время своего пребывания здесь я аккуратно посещал заседания Московского Общества Рентгенологов и Радиологов. К сожалению, заседания эти бывали не так часто, благодаря летнему времени. Во всяком случае я прослушал здесь целый ряд докладов на различные темы. Между прочим, слышал доклад проф. Врауег'а (Гамбург) на тему: „Рентгеновская картина туберкулеза легких“.

Рефераты.

а) Инфекционные болезни.

К этиологии и патологии сыпного тифа. Интересные наблюдения по данному вопросу опубликованы Wolbach'ом, Todd'ом и Raefrey (Centr. f. Bacter., Bd. 74, Н³/₄), членами американской комиссии, отправленной Обществом Кр. Креста в Польшу. Тщательно и безупречно доставленные наблюдения над вшами показали, что до кормления их на сыпно-тифозных больных никогда не удается в теле вшей обнаружить Rickettsia Pro wazeki; наоборот у определенного числа вшей, питавшихся кровью сыпнотифозных, обнаруживаются интрацеллюлярно расположенные скопления Rickettsia. Другая часть вшей избегает инфекции, что, по мнению авторов, зависит оттого, что заражаются только те вши, которые сосали кровь на местах болезненно измененных капилляров. Сыпнотифозные Rickettsi'i спустя некоторое время исчезают из кишечного канала вшей и не обнаруживаются ни в их пищевode, ни в слюнных железах; кал вшей, однако, остается инфекционным, так что комиссия полагает, что перенос инфекции связан не с актом сосания крови, а происходит таким образом, что рана от укуса загрязняется инфицированным калом вшей. Довольно часто авторы находили вшей, в кишечном канале которых встречались Rickettsi'i, расположенные экстрацеллюлярно. Авторы считают их возбудителем волынской лихорадки и идентифицируют их с Rickettsia pediculi. Патолого-анатомические изменения говорят за то, что болезнь локализуется в мелких кровеносных сосудах, а паразиты находятся исключительно в эндотелии сосудов. Образующиеся узелки в коже, центральной нервной системе, поперечно-полосатых мускулах и реже во внутрен-

них органах содержат *virus*. Инфекциозность узелков доказывается наблюдением, по которому при впрыскивании здоровой морской свинке мозговой ткани от проделавшей заболевание свинки спустя три дня после падения температуры, т. е. в тот период, когда кровь становится уже неинфекционной, получается все же положительный результат. *В. Аристовский.*

О дифтерийной бациллэмии. При истинной дифтерии микробы проникают глубоко в ткань, и в остром периоде болезни, как правило, наступает бациллэмия, вызванная палочкой Loeffler'a (Kirch, Centrbl. f. Bakt., Bd. 75, N⁵/₆); при круппе, наоборот, локализация возбудителя в общем ограничивается больной слизистой оболочкой. Дифтерийные бациллы находятся в крови до тех пор, пока длится острый дифтерийный процесс, затем они исчезают. В редких случаях бациллэмия поддерживается, благодаря существованию скрытых очагов. При наличии бациллэмии возбудитель особенно охотно поселяется в мышце сердца. Быть может, местным образованием токсина в миокарде и обуславливается частота при дифтерии токсических поражений сердца. *В. Аристовский.*

Диагностика скарлатины методом отклонения комплекмента. В то время, как прежние авторы для серодиагностики скарлатины применяли в качестве антигена стрептококка, Salor и Grumbach (Centbl. für Bakt., Bd. 75, N⁵/₆) готовили антиген (алкогольный экстракт) непосредственно из крови больного. С этим антигеном ими были произведены исследования на 32 больных на 5—39-й дни болезни. За одним исключением реакция до 35-го дня болезни оказалась резко-положительной, между 35-м же и 39-м днем болезни оказалась слабо-положительной или отрицательной. Контрольные исследования с сыворотками других больных давали постоянно отрицательный результат, равно как 5 сывороток, реагировавших резко-положительно по Wassermann'у. *В. Аристовский.*

К этиологии кори. Tunicliff и Moody (Centbl. f. Bakt., Bd. 75, N⁵/₆) изолировали из крови и со слизистой оболочки дыхательных путей коревых больных Граш-положительного мелкого диплококка. Заражая обезьян, кроликов и морских свинок чистой культурой этого диплококка, авторы вызывали у животных те же болезненные явления, как и при инфекции промывной водой носовой полости коревых больных. Культуры диплококка, хотя и не как правило, проходят через свечу Bergkefeld'a. *В. Аристовский.*

К патологии и профилактике кори. Ch. Nicolle и E. Conseil (C. rend. de l'Ac. des Sc., 1923, № 3), прививая, в видах предохранения, кровь коревых больных и инфицированных обезьян, нашли, что в этих случаях корь протекает доброкачественно и не дает осложнений. Однако этот способ был вскоре заменен употреблением сыворотки выздоравливающих от кори, каковой метод и получил в настоящее время широкое распространение. Сыворотка берется между 6-м и 10-м днем после падения t^0 и впрыскивается в количестве не менее 10 куб. сант. Длительность получающегося при этом иммунитета неизвестна в точности, но вряд-ли превосходит несколько недель. В самое последнее время и этот способ заменен

серовакцинацией, состоящей в том, что ребенку впрыскивают сначала 10 куб. сант. сыворотки выздоравливающего от кори больного, а через сутки—1 куб. сант. крови коревого. Метод этот вполне безопасен и дает более длительный иммунитет. Авторы убедились, далее, при своих исследованиях, что классическое мнение о непотворяемости кори преувеличено, так как им удавалось прививать эту болезнь лицам, перенесшим ее менее 2 лет тому назад. При этом такая повторная корь имела доброкачественный характер.

А. Пархоменко.

б) Хирургия.

К вопросу об омолаживании. Проф. Фабрикант и д-р Тафт (Вр. Дело, № 6—8. 1923) сообщают о 6 своих наблюдениях по этому вопросу, где в 4 случаях была сделана перевязка и резекция vasis deferentis и в 2—пересадка testis. Операция Steinach'a была произведена попутно при операции по поводу грыжи у стариков 63, 66, 60 и 57 лет. Все эти больные, страдавшие уже более 8—10 лет отсутствием половой способности, бессонницей и отсутствием аппетита, через 2—3 мес. после операции могли констатировать у себя появление полового влечения, сильного возбуждения и потребности в частых сношениях; улучшились у них также аппетит и сон, и появилась общая бодрость. Пересадка testis была произведена у 2 стариков 68 и 83 лет, причем материал для трансплантации был получен от 2 молодых крипторхистов. И семенники-кодаты, и семенники-получатели оперировались одновременно, на 2 столах, причем извлеченные яички немедленно укладывались в заранее приготовленное ложе, каковым служил надрез брюшной стенки вплоть до брюшины. До операции оба старика давно страдали резкой общей слабостью, ослаблением памяти, плохим сном и аппетитом, явлениями простатизма, запорами, после же операции сон и аппетит у них улучшились, установился самостоятельный стул, пациенты сделались бодрее и трудоспособнее, как в физическом, так и в умственном отношении.

И. Цимхес.

Оперативное лечение *anginae pectoris*. Brüning (Klin. Woch., 1923, № 17) произвел у 59-летней женщины, страдавшей вазомоторной грудной жабой, операцию экстирпации шейно-грудного отдела симпатического нерва между g. cervic. sup. и g. stellatum, с удалением этих последних (кроме того, операция эта была произведена им в 4 случаях по другим показаниям). По уверению автора, операция эта, при известной осторожности, опасности не представляет. Результатом ее было исчезновение мучительных болей и стеснения в области сердца. Но еще большее значение имела она для урегулирования кровяного давления, которое у больных с *angina pectoris* весьма значительно колеблется, достигая во время припадка значительной высоты (до 140 mm. Hg) и быстро падая до 100 mm. и более, в чем автор усматривает грозную опасность для больных. В данном случае уже через неделю после операции кровяное давление упало до нормы и продолжало оставаться на этом уровне долгое время. Подвергнув микроскопическому исследованию экстирпированные ганглии, автор мог констатировать, далее, хронический воспалительный

процесс в *g. stellatum*, что побудило его задаться вопросом, не являются ли изменения в ганглиях при *angina pectoris* первичными, а клинические припадки жаббы—их последствием. По его мнению, это возможно допустить, принимая во внимание исследования Staemmler'a над симпатическими ганглиями при артериосклерозе, на основании которых S. признал воспалительные изменения в ганглиях причиной последнего.

Г. Клячкин.

Новый способ сфинктеропластики при недержании мочи.
Проф. Бр ж о з о в с к и й (Нов. Хир. Арх., т. 3, кн. 2) сообщает случай, где им была произведена операция сфинктеропластики уретры у молодого мужчины с недержанием мочи после сделанного ему в детстве срединного камнесечения, причем материалом для пластики авт. послужила мышца, поднимающая задний проход (*levator ani*). Техника операции была такова: после введения в уретру металлического катетера был проведен поперечный, несколько выпуклый наперед разрез кожи от одного седалищного бугра к другому на 2 сант. спереди заднего прохода. Обнажены луковица уретры, ее перепончатая часть и срединные края *m. levatoris ani*. Образованы из срединных участков *m. levat. ani* каждой стороны мышечные лоскуты, которые обведены около уретры, перекрещивая один другой и заходя на противоположные стороны уретры; лоскуты закреплены пришиванием концов их к стенкам уретры. Глухой шов раны. Операция сопровождалась полным успехом. Б. рекомендует данный способ сфинктеропластики для лечения недержания мочи как у мужчин, так и у женщин.

В. Боголюбов.

б) Рентгенология.

Адаптометр. При рентгеноскопии, как известно, комната должна быть затемнена, и человеческий глаз нуждается в некотором времени, пока не привыкнет к темноте,—не адаптируется. От этого зависят точность и острота наблюдений. До сих пор почти повсюду проба адаптации производится эмпирически, на больном. Не говоря уже о том, что рентгенолог при этом теряет время, тратит лишнюю энергию и перегружает трубку, он, кроме того, еще лишнее время заставляет больного подвергаться небезразличным для него лучам. В последнее время явилась возможность избежать этого: по предложению Karger'a (*Klin. Woch.*, 1923, № 25) фирма Reiniger, Gebbert и Schall сконструировала особый прибор, адаптометр, дающий возможность быстро и точно ориентироваться, когда достигается нужная адаптация. Прибор этот состоит из небольшой дубовой доски, в верхней половине которой на черном картоне расположены в 3 ряда флюоресцирующие пластинки, причем нижний ряд последних светится сильнее всего, средний—немного слабее и верхний—еще слабее. Недостаточно адаптировавшийся глаз различает только нижний ряд, по мере же увеличения степени адаптации различаются средний и верхний. Когда рентгенолог ясно видит верхний ряд, то полная адаптация достигнута, и он может приступить к исследованию даже очень тонких изменений, напр., в легких. Но не всегда нужна полная адаптация,—так, напр., для исследования сердца достаточно различать только средний ряд. Л. Подляшук.

Действие х-лучей на бактерии. Вопрос о бактерицидности х-лучей, несмотря на целый ряд экспериментальных работ в этой области, до сих пор не выяснен: тогда как первые авторы, работавшие в этом направлении, пришли к отрицательным результатам, некоторые из позднейших нашли, что х-лучам присуще известное бактерицидное действие. В виду таких разноречивых данных большой интерес представляют эксперименты Zange и Fraenkel'я (Klin. Woch., 1923, № 25), которые, пользуясь современной аппаратурой и современной бактериологической техникой, поставили ряд опытов с туберкулезными бактериями. Опыты эти убедили авторов, что х-лучи могут убить туберкулезные бактерии, но только в культурах 4—5-недельного возраста и еще более старых, молодые же культуры при тех же условиях противостоят действию лучей. Таким образом и по отношению к бактериям доказывается неверность закона Vergonіe и Tribondeau, будто чем моложе клетка, тем она более чувствительна к х-лучам.

Л. Подляшук.

г) Офтальмология.

Видоизменение операции энуклеации. Oláh (Kl. Monatsbl. f. Augenheilk., 1923) рекомендует, вместо анестезии цилиарного узла, при энуклеации и других болезненных глазных операциях применять субконъюнктивальную анестезию. При цилиарной анестезии, как известно, приходится выжидать $1\frac{1}{2}$ часа с момента инъекции, пока наступит полное обезболивание, что одинаково тяжело как для оператора, так и для больного. Это именно и стремится устранить автор. После анестезии наружного угла глазной щели он вкалывает иглу через кожу наружного угла, по методу Elschning'a, до цилиарного узла и вспрыскивает 2 куб. сант. 1% новокаина, а во время вытаскивания иглы—еще $1\frac{1}{2}$ куб. сант. Делает это он по направлению вверх и вниз, снаружи же просто вспрыскивает новокаин под конъюнктиву всего глазного яблока и еще отдельно вглубь около внутреннего прямого мускула. Всего требуется обычно около 12 куб. сант. 1% раствора новокаина. Если анестезия сделана удачно, то можно немедленно оперировать. При этом облегчается обстригание конъюнктивы вокруг роговицы, т. к. конъюктива после инъекции приподнимается. Самую энуклеацию автор делает по методу Arlt'a с незначительными видоизменениями, в виде разведения конъюнктивы векоподъемниками, иного порядка перерезки мышц и особого наложения одной общей катгутовой лигатуры, которая, после захватывания верхней губы конъюнктивы, проводится последовательно через нижнюю, внутреннюю, наружную и, наконец, верхнюю мышцы, после чего выводится через нижнюю губу конъюнктивы. Желательно при этом захватывание и Thompson'овой капсулы. Всегда производится также имплантация жира в капсулу, после наложения описанной лигатуры, которую после остается только стянуть. Косметический эффект операции автор хвалит.

В. Адамюк.

Односторонняя трахома. Rötth (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. LXX), наблюдая из общего количества своих трахоматозных больных у 4% одностороннее заболевание трахомой, пытается разрешить вопрос, при каких обстоятельствах происходит такое лишь односто-

роннее заражение данной инфекцией, и какие факторы предотвращают заражение другого глаза. Взвешивая различные предположения, он находит возможным известные ему случаи разделить на 2 группы: к одной относятся случаи, где имелся высокий иммунитет, но в одном глазе он был до такой степени ослаблен каким-либо другим случайным заболеванием конъюнктивы (большую роль здесь автор придает односторонним поражениям носа), что получилась возможность заражения трахомой; ко второй группе относятся случаи, где после заражения трахомой одного глаза произошло понижение вирулентности возбудителя, и этого оказалось достаточным, чтобы предупредить заражение другого; в этих случаях автор все же допускает возможность заражения второго глаза впоследствии, при создавшихся подходящих условиях.

В. Адамюк.

д) Акушерство и гинекология.

Кесарское сечение. Современные показания к абдоминальному кесарскому сечению Schiffmann (Zentr. f. G., 1921, № 45) разделяет на 4 группы: 1) абсолютная невозможность родов при узком тазе при С. в. 6 сант. и ниже (в интересах матери); 2) в целях исключения родового акта в интересах матери и плода при узком тазе, при опухолях, болезнях сердца, pl. praevia, при interpositio uteri gravidi, varices, при фистулах, отвислом животе и пр.; 3) в целях быстрого прекращения беременности (только в интересах матери) при нефритах, эклампсии, преждевременной отслойке плаценты, энцефалите, ileus'e, лихорадке и др.; 4) для устранения предполагаемой опасности для плода (профилактические показания).

Martius (Zentr. f. G., 1921, № 5) полагает, что с усовершенствованием техники кесарского сечения операции профилактического поворота и преждевременных родов будут совершенно вычеркнуты из практики. Формулируя показания к кесарскому сечению, он думает, что операция эта показуется при мертвом плоде при С. в. в 6 сант. и меньше, при живом — в 7,5 сант. и меньше. У первобеременных при не очень сильно суженном тазе и при отсутствии инфекции надо ждать, но не более 2—3 час., если не будет заметной подвижки родов, у многородящих же, у которых предшествовавшие роды оказались неудачными, нужно как можно раньше приступать к кесарскому сечению. Применение интраперитонеального первикального разреза позволяет прибегать к этой операции и в случаях инфицированных, но при тяжелой инфекции в общем септическом состоянии больной к кес. сечению следует присоединять экстирпацию матки. Munro Kerr (Journ. of obst. a. gyn. of the Brit. empire, v: 28, 1921) на основании сборной статистики больших английских госпиталей за 10 лет полагает, что расширение показаний к операции кесарского сечения будет возможно тогда, когда будет устранена опасность разрыва послеоперационного рубца на матке при последующих родах. В настоящее время к этой операции надо прибегать 1) при узком тазе с С. в. 8, 1 сант. и ниже, т. е. пуботомия и преждевременные роды в этих случаях дают плохие результаты; 2) при опухолях, если они не отходят в большой таз в Trendelenburg'овском положении больной; 3) при эклампсии

в конце беременности—при отсутствии схваток и нераскрытой шейке; 4) при *placenta praevia*—в случаях центрального и краевого предлежания; 5) при *ventrofixatio* и *interpositio uteri gravidi*; 5) при ригидности и аномалиях мягких родовых частей автор ограничивает применение данной операции только случаями старых плотных рубцов шейки.

Усовершенствование техники кесарского сечения с применением т. н. интраперитонеального цервикального разреза сделало возможным применение этой операции и в случаях, уже инфицированных. Holland (*Jour. of obst. a. gyn. of the Brit. empire*, v. 28, № 3/4), разбирая преимущества данного разреза, отмечает, что рана матки заживает при нем лучше, т. к. лежит в области менее подверженной сокращениям и менее богатой сосудами, а возможность хорошей перитонизации уменьшает опасность сращений и распространения инфекции.

Бекк в 1919 г. предложил (*Amer. jour. of obstetr.*, 1919, febr.) видоизменение цервикального кесарского сечения, которое состоит в том, что поперечным разрезом вскрывается брюшина на матке непосредственно над пузырем, брюшинные лоскуты отсекаются кверху и книзу, и нижний сегмент матки вскрывается продольно. По зашивании раны матки брюшинные лоскуты накладываются один на другой. Метод этот применим и для случаев, сомнительных по чистоте.

Banister (*Journ. of obst. a. gyn. of the Brit. empire*, v. 28, № 3/4) и в случаях инфицированных применяет классическое кесарское сечение, но прибегает к дезинфекции вульвы, кожи, а равно и полости матки при помощи особой синей краски, изготовленной в лаборатории *Middlesex-Hospital'a*.

А. Тимофеев.

е) Нефрология.

О взаимоотношении между *claudicatio intermittens* и общими заболеваниями. Idelsohn (*D. m. W.*, № 42, 1923) наблюдал 358 случаев перемежающейся хромоты (в том числе 16—у женщин). По этиологии больные распределялись след. образом: злоупотребление никотином—175 случаев, сифилис—59 (16%), влияние холода—51 (14%), утомление ног вследствие продолжительного стояния в холоде и сырости—102 (28%), плоская стопа—61, подагра—29, диабет—20, признаки общего артериосклероза—39. В 150 случаях имела место невропатическая конституция, в 75—невро-сосудистый диатез; нередко у больных наблюдались чрезмерно высокое кровяное давление и *angina pectoris*, часто гемиплегии (с благоприятным прогнозом).

М. Вайнберг.

Люминал при мигрени. Stiefler (*D. med. Woch.*, № 42, 1923) предложил для лечения мигрени люминал—средство, уже применявшееся для этой цели и другими авторами. S. провел курс систематического лечения люминалом у 75 больных, страдавших мигренью, с очень хорошими результатами. Дозировка: 2—3 раза в день от 0,025 до 0,05. Максимальная доза: 2 раза в день по 0,1. Лечение может продолжаться несколько недель и даже месяцев, причем дозировка должна то повышаться, то понижаться.

М. Вайнберг.

ж) Педиатрия.

К этиологии *plaques posterosives (erythema glutale)*. Исходя из соображения, что главным моментом в происхождении этого заболевания, характеризующегося появлением в окружности анального отверстия эрозий (*plaques posterosives*), является загрязнение мочей и калом соответствующего участка тела, Hedwig Kretzer (Zeit. f. Kinderheilk., B. 63, H. 3) обратила внимание на реакцию мочи. Оказалось, что заболевание развивалось при наличии щелочной реакции последней. Желая экспериментально вызвать это заболевание, автор давал в пищу детям белковый препарат Lactana или прибавлял к пище эмской соли, причем действие белкового препарата усиливалось отнятием воды, или концентрацией пищи, или потением ребенка. Достигнув таким путем щелочной реакции мочи, автор всегда (его наблюдения обнимают 15 сл.) мог вызвать появление *plaques posterosives*. Соответственно этим результатам терапевтические мероприятия при данном заболевании должны заключаться в даче пищи, делающей реакцию мочи кислой, в тщательном уходе за чистотой анальной области и индифферентных присыпках.

Е. Кливанская-Кроль.

з) Сифилидология и дерматология.

Сифилис, как профессиональная болезнь врачей. На основании литературных данных Trüb (Реф. Znb. f. Hyg., Bd. IV, S. 224) полагает, что на 1000 случаев венерического сифилиса приходится 33 случая профессионального сифилиса у врачей. В виду неполноты данных цифры эти, конечно, только приблизительны. Чаще всего склероз локализуется у врачей на пальцах, кисти и предплечье (338 случ.), затем следует локализация на глазах (32), губах (12), носу (10), щеке (6), подбородке (2) и миндалинах (2). Перенос совершается большею частью прямо; при непрямом заражении играют роль пальцы, врачебные инструменты и предметы общего пользования. Чаще других заражаются гинекологи и акушеры (74), затем идут хирурги (51) и зубные врачи (17); в 269 случаях этиология осталась невыясненной, или инфекция последовала во время общей практики. В нескольких случаях (7 достоверных) заражение произошло при вскрытии трупов. Замечательны случаи аутоинфекции репиз и инфекции через лаписные карандаши, а также случаи добровольной инфекции с научной целью (частью с положительными, частью с сомнительными результатами). Для большинства заразившихся сифилисом врачей прогноз, по Т., неблагоприятен вследствие особенного психологического действия и утомительной профессиональной работы. Референт (Bering) впрочем не согласен с автором относительно прогноза, так как здесь в каждом отдельном случае имеют значение индивидуальная конституция и характер случая.

В. Милославский.

и) Гигиена.

Влияние умственного труда на физиологические функции организма. Впервые Моссо с помощью своего эргографа доказал, что, напр., лекция так утомляет профессора, что мышечная сила

сгибателей руки у него уменьшается на 20%, а после 3¼ час. экзамена мышечная сила понизилась в 4 раза слишком. При умственном труде совершается перераспределение крови, отток ее к мозгу. Кратковременный умственный труд вызывает учащение деятельности сердца, а длительный—замедление сердечных сокращений и дыхания (Binet и Henri); как и при физическом труде, повышается кровяное давление—на 30 мм. (Binet и Waskind и др.). Что касается обмена веществ, то по одним авторам под влиянием умственного труда увеличивается выделение мочи и в ней фосфорной и серной кислот и мочевины; другие не нашли изменений общего обмена веществ. Такие же противоречивые данные имеются в литературе и по вопросу о газообмене при умственном труде, в частности—по вопросу о выделении при этом CO₂. С целью выяснить, изменяется ли газообмен при умственном труде, проф. Хлопиным (Гигиена Труда, 1923, № 3—4) были поставлены опыты над врачами—одним 58 л. и двумя ок. 30 л. Умственный труд состоял в решении в уме арифметических задач из одного и того же задачника и в одинаковой последовательности. Опытные лица сидели неподвижно в кресле, в удобной позе, как во время периодов покоя, так и во время умственного труда. Выдыхаемый воздух исследовался в приборе Gerreget'a-Zuntz'a. По окончании каждой серии опытов были поставлены контрольные опыты в состоянии умственного покоя. Результаты получились следующие: потребление O во время умственного труда увеличилось у пожилого опытного суб'екта на 18,9%, у молодых—на 45,5% и 12,8%; выделение CO₂ увеличилось у первого на 29,6%, у остальных—на 46,0% и 4,7%; общий объем выдохнутого воздуха увеличился у первого лица на 28,5%, у другого—на 40,9%, и у третьего уменьшился на 6%. При наибольшей интенсивности умственного труда (наибольшее количество решенных задач) потребление увеличилось у первого опытного суб'екта на 48,17%, у второго—на 87,75%; при среднем умственном труде—у первого увеличилось на 6,6%. Число дыханий и пульса также увеличилось у всех за исключением третьего опытного суб'екта, представлявшего индивидуальные отклонения и в других отношениях.

В. Милославский.

Рецензии.

I. Kyrle. Сифилис. Современное состояние учения о патологии и терапии его. Перев. со 2-го нем. изд. д-ра А. Н. Домерниковой под ред. проф. Е. Ф. Фридмана. Петроград, 1923. 58 стр.

Книга д-ра Kyrle, заключающая в себе 6 лекций по патологии и терапии сифилиса для практических врачей, знакомит читателя с современным состоянием учения об этой, имевшей всегда огромное общественное значение, болезни. Автор излагает здесь в сжатой и ясной форме все, что необходимо знать относительно патогенеза, способов ранней диагностики и методов лечения сифилиса каждому, занимающемуся его лечением, врачу. Имеющиеся в настоя-

щее время в нашем распоряжении средства по своему влиянию на возбудителя сифилиса действительно позволяют надеяться на возможность abortивного лечения болезни, а последнее, конечно, стоит близко к тому идеалу, к которому стремится современная медицина в деле профилактики заразных болезней. Поэтому раннее распознавание сифилиса, дающее надежду на купирование болезни в самом ее начале, до распространения по всему организму, приобретает при этих условиях выдающееся значение. Кроме этого, реакция Wassermann'a и способы исследования спинномозговой жидкости, достигшие теперь значительной степени совершенства и играющие большую роль помимо диагностики сифилиса в направлении терапии последнего (чему посвящены две лекции), также изложены автором с достаточной полнотой и объективностью. Знание возбудителя сифилиса, реакция Wassermann'a и другие серологические методы исследования, а равным образом и возможность, благодаря введению в терапию новых средств, уничтожить болезнь в самом зародыше составляют тот фундамент, на котором зиждется в настоящее время учение об этой ужасной болезни. Все это весьма наглядно, понятно даже для неспециалиста освещено автором в его книге; добавив к этому, что 2 последние лекции трактуют об употребляемых при лечении сифилиса средствах и методах наилучшего их применения, основанных отчасти на большом личном опыте, мы получим полное представление о достоинствах книги Kyrle. Кроме единичных погрешностей,—возможно, неточностей перевода, как, напр., употребление для исследования на спирохэт сукровицы, а не прозрачной serum, далее—размазывания сукровицы между покровным и предметным стеклами для исследования спирохэт в живом состоянии,—в остальном книга издана хорошо и читается с большим интересом, почему ей можно пожелать широкого распространения среди врачей.

Проф. М. С. Пильнов.

Деятельность медицинских обществ г. Казани.

Январь 1924 г.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Заседание 31/I.

Проф. В. С. Груздев продемонстрировал случай *резкой элевации матки в связи с врожденным расширением прямой кишки* (болезнь Hirschsprung'a), о котором он докладывал в предшествующем заседании Общества, бывшем 27/XII 1923 г. За это время пациентка оказалась беременною, причем, несмотря на ранний срок беременности (2 мес.), дно матки найдено лишь немного не достигающим пупка, т. е. симулирующим V мес. беременности. Помимо диагностического значения продемонстрированной аномалии, докладчик отметил то значение, которое она может иметь в акушерской терапии: если-бы в данном случае, в силу каких-нибудь пока-

завий, потребовался выкидыш, техническое выполнение последнего было-бы крайне затруднительно вследствие недоступности влагалищной части матки.

Д-р Л. Б. Блитштейн сделал доклад о *местной анестезии и применении ее в зубоврачебной практике*. По его убеждению местная анестезия в зубоврачебной практике в настоящее время доведена до такой степени совершенства, что дальше идти почти некуда. Наилучшим средством для нее Б. считает новокаин, который в 7 раз менее ядовит, чем кокаин, действие же его лишь немного слабее; кроме того, он не разлагается, как кокаин, при кипячении, не действует вредно на беременных, кормящих грудью и пр., наконец, стоит дешевле кокаина. Для анестезии надо употреблять свежеприготовленный 2% раствор новокаина в физиологическом растворе t° 35—40°; перед выпрыскиванием к раствору прибавляется адреналин в количестве 2—3 кап. на больного. В большинстве случаев для обезболивания при экстракции зубов можно довольствоваться инфильтрационной анестезией, причем для инъекции выбирается место, где луночка всего тоньше, — у наружной стенки ее в области верхушки корня; здесь впрыскивается большая часть раствора, и лишь незначительная часть его впрыскивается у внутренней стенки. Впрыскивания надо делать под надкостницу, но так как это болезненно, то лучше сделать первый укол в десну, а уже следующие — в надкостницу. Всего делается 4—6 уколов, причем впрыскивается 4 куб. с. 2% раствора новокаина с адреналином; лишь при трудных экстракциях количество впрыскиваемого раствора повышается до 5 куб. с. Для экстракции VII и VIII зубов нижней челюсти инфильтрационная анестезия, однако, оказывается непригодной, в виду толщины стенок луночки; негодится также этот способ при острогнойных воспалениях надкостницы, особенно же — при флегмонозных процессах, наконец, там, где нужно извлечь много зубов сразу. Для всех этих случаев докладчик рекомендует регионарную анестезию, чтобы достигнуть которой на верхней челюсти, надо производить инъекцию в 4 пунктах: у *for. infraorbitale* (0,52% раствора), на *tuber maxillare* (тоже 0,5), у *for. palatinum* (0,25) и у *for. incisivum* (0,25). На нижней челюсти для регионарной анестезии надо делать инъекции на *p. lingualis* (0,25 4% раствора) и *p. mandibularis* (0,75 такого же раствора). В области верхних резцов анестезия достигается также вкладыванием в нижний носовой ход ваты, смоченной в 10% растворе кокаина или 20% растворе новокаина; вату надо вдавить под нижнюю раковину и держать мин. 10.

Доклад д-ра Б. вызвал оживленные прения, в которых приняли участие д-ра Натансон, Н. В. Соколов, С. А. Флеров и проф. М. О. Фридланд.

Проф. А. И. Тимофеев сообщил о *двух редких формах внематочной беременности*, именно, о фимбриальной беременности и беременности в межтрубной части трубы (*graviditas interstitialis*). Доклад этот будет напечатан в „Казанском Медицинском Журнале“ *in extenso*.

Научные Собрания Врачей Казанского Клинического Института.

1. Собрание 2/I.

1. Д-р М. А. Курицына демонстрировала больного с *крупозной пневмонией, осложнившейся гангренной легкого и гнойным плевритом*, закончившимся благоприятно без оперативного вмешательства.

2. Д-р Л. И. Виленский сообщил об одном случае *аневризмы аорты с резко выраженными клиническими явлениями сдавления v. cavae sup.* аневризмой. Лечение neosalvarsan'ом по методу проф. Schit Müller'a дало хорошие результаты. Больной выписан здоровым.

В прениях принимали участие профф. Р. А. Лурия и С. С. Зимницкий и д-ра А. И. Шварцман и М. С. Лифшиц.

3. Д-р И. И. Русецкий сделал доклад о *симпатозах*. По заключениям докладчика детальное изучение эмбриологических, анатомических, физиологических и клинических данных о вегетативной системе заставляет отказаться от терминов ваготонии и симпатикотонии, как строго дифференцированных научных представлений. Исследование перенесено на высшие вегетативные центры, обладающие координирующей функцией и определяющее до известной степени деятельность нижних вегетативных отделов. С другой стороны очевидно значение периферического вегетативного автоматизма. Патология вегетативной нервной системы намечает два обширных класса заболеваний: общие симпатозы с нарушениями вегетативной координации в целом (вегетативная дистония докладчика) и частные симпатозы (локальные заболевания).

В прениях, вызванных этим докладом, участвовали профф. С. С. Зимницкий и Р. А. Лурия.

2. Собрание 28/I.

1. Проф. А. И. Тимофеев и д-р А. Ф. Шлемский. *Несколько интересных случаев внематочной беременности* (демонстрация препаратов). Проф. Т. демонстрировал препараты двух редких случаев внематочной беременности, описанных им также в Обществе Врачей при Казанском Университете (см. выше). Д-р Ш. сообщил об одном случае, диагностированном клинически, как прервавшаяся внематочная беременность с кровотечением в брюшную полость. При операции и на аутопсии найден септический перитонит с язвенным процессом в пилорической части. Установить исходный пункт перитонита не удалось.

По докладу выступали профф. В. С. Груздев и К. Г. Болю.

2. Д-р мед. Г. А. Клячкин дал отчет о II Съезде Психоневрологов в Петрограде.

3. Проф. С. С. Зимницкий: „О целях функциональной диагностики вообще и по отношению к желудочным клеткам в частности“. Доклад этот будет напечатан в № 3 „Каз. Мед. Журнала“ за тек. год in extenso.

В прениях участвовали: проф. П. Н. Николаев, д-ра И. И. Русецкий и Л. И. Виленский и проф. Р. А. Лурия.

Хроника.

7. С 18 января с. г. вступил в исполнение обязанностей вновь избранный Президиум медицинского факультета Казанского Университета в составе декана—проф. А. Н. Миславского и членов Президиума—преп. И. С. Алуфа и студ. Н. В. Инюшкина. Секретарем факультета назначен д-р А. А. Беляев.

8. Избранный на кафедру гигиены в Казанском Университете проф. В. В. Мирославский утвержден в этой должности Главпрофобром. На вакантную кафедру инфекционных болезней в Университете выбран пр.-доц. Б. А. Вольтер.

9. 16 предметных комиссий медицинского факультета Казанского Университета, работавших в прошлом учебном году, в настоящее время сведены в 13. Сейчас в заседаниях предметных комиссий разрабатываются программы преподавания по кафедрам, каковые программы должны послужить материалом для составления нового учебного плана преподавания на мед. факультетах С. С. С. Р.

10. С 1 января тек. г. на мед. факультете Казанского Университета введено новое росписание переводных требований, разработанное Главпрофобром.

11. В годичном заседании Общества Врачей при Казанском Университете 7 февраля произведены перевыборы Правления Общества на 1924 г. Председателем, вместо отказавшегося проф. В. С. Груздева, избран проф. М. Н. Чебоксаров, его заместителями—проф. В. М. Аристовский и пр.-доц. Б. А. Вольтер, канцелярским—д-р Н. В. Соколов, секретарями—д-ра Н. Н. Благовещенский и П. В. Маненков. В том же заседании были избраны почетными членами Общества профф. В. И. Разумовский (Саратов), Н. А. Миславский, Н. А. Геркен и В. С. Груздев (Казань).

12. Советом Казанского Клинического Института объявлен конкурс на замещение вакантных кафедр: 1) клиники заразных болезней, 2) клиники социальных болезней, 3) клиники физиотерапии и 4) клиники болезней уха, горла и носа. Срок для подачи заявлений от лиц, желающих принять участие в конкурсе, истекает 1 августа т. г.
